Aus dem Psychiatrischen Krankenhaus des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen
in Heppenheim / Bergstrasse
Direktor: Dr. med. O. Luxenburger

Über die Möglichkeiten der Rehabilitation chronisch psychisch Kranker

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Medizin
des Fachbereiches Humanmedizin
der
Philipps-Universität Marburg
vorgelegt von
GISELA HORN
aus Glückstadt

Marburg 1978

SS Studenten-
SS Schreib-Service

aus dem Psychiatrischen Krankenhaus des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen
in Heppenheim / Bergstrasse
Direktor: Dr. med. O. Luxenburger

Über die Möglichkeiten der Rehabilitation chronisch psychisch Kranker

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Medizin
des Fachbereiches Humanmedizin
der
Philipps-Universität Marburg
vorgelegt von
GISELA HORN
aus Glückstadt

Marburg 1978

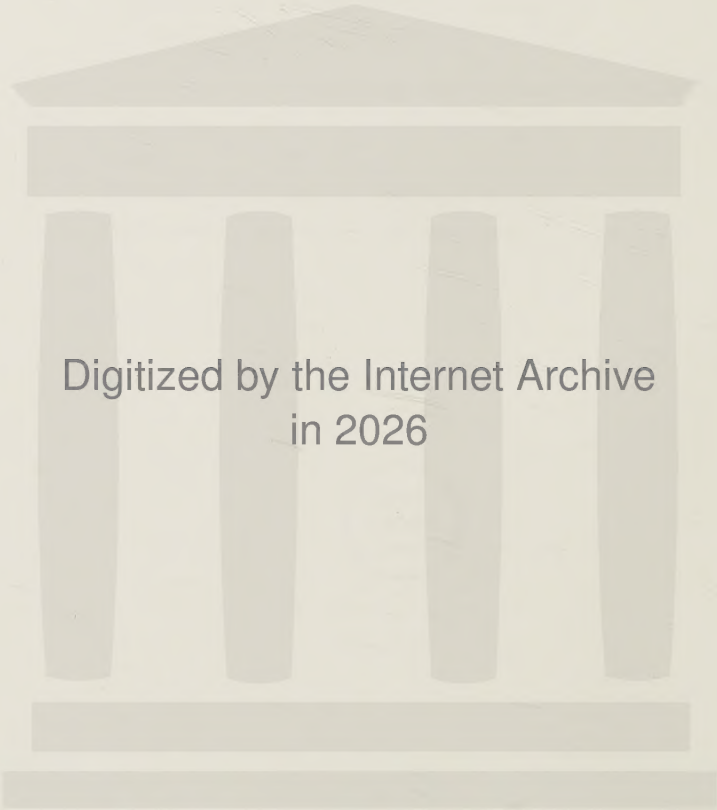
SS Studenten-
SS Schreib-Service

Angenommen von dem Fachbereich Humanmedizin
in der Universität Marburg am 27. 1. 1978

gedruckt mit der Genehmigung der Fakultät
Dekan: Prof. Dr. med. H. Neurath
Referent: Prof. Dr. med. J.W. Eicke
Correferent: Prof. Dr. med. H. Jacob

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Meinen Eltern in Dankbarkeit gewidmet.


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546009_0039

Herrn Professor Dr. med. Werner-Joachim Eicke danke ich für die Überlassung des Themas und die mir großzügig entgegengebrachte Hilfe.

Ebenfalls gilt mein Dank Herrn Prof. Dr. med. Hans Jacob für die Übernahme des Conreferates.

Für die Möglichkeit an dem von ihm geleiteten Landeskrankenhaus in Heppenheim / Bergstraße, die vorliegende Arbeit durchführen zu können und für seine wertvollen Hinweise danke ich Herrn Dr. Otto Luxenburger.

Auch den Herren der Zweigverwaltung Darmstadt des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen danke ich für ihr Entgegenkommen, das mir Einsichtnahme in die Verwaltungsakten ermöglichte.

INHALTSVERZEICHNIS Seite

1. EINFÜHRUNG UND ZIELSETZUNG 1

2. PATIENTENGUT UND UNTERSUCHUNGSMETHODEN 2

2.1. Patientengut 2
2.2. Untersuchungsmethoden 4

3. ERGEBNISSE 5

3.1. Ermittelte Übersichtsdaten 5
3.2. Befragungs- und Untersuchungsergebnisse 8

4. DISKUSSION 40

4.1. Der Landkreis Bergstraße und seine Bevölkerung 40
4.2. Das PLK Heppenheim und andere Einrichtungen zur Behandlung und Pflege psychisch Kranker der Umgebung 41
4.3. Vergleich der Ergebnisse mit denen anderer Autoren 41
4.4. Rehabilitationsprognosen 48
4.4.1. Rehabilitationsprognose für chronisch Kranke im PLK Heppenheim, die nicht an Schizophrenie leiden 48
4.4.2. Die Gruppe der Schizophrenen und ihre Rehabilitationsprognose 49
4.4.3. Rehabilitationsmaßnahmen für chronisch psychisch Kranke 79

5. ZUSAMMENFASSUNG 84

ANHANG

Anhang 1: Liste der untersuchten Patienten 86
Anhang 2: Fragebogen 88
Anhang 3: Therapiebogen 90
Anhang 4: Arbeitstherapeutisches Angebot im PLK Heppenheim 92
Anhang 5: Graphische Darstellung 93

LITERATURVERZEICHNIS 95

TABELLENVERZEICHNIS

		Seite
Tabelle 1:	Psychisch Kranke des PLK Goddelau aus dem Kreis Bergstraße	6
Tabelle 2:	In Heimen untergebrachte psychisch Kranke aus dem Kreis Bergstraße	6
Tabelle 3:	Patienten des PLK Heppenheim aus dem Kreis Bergstraße	7
Tabelle 4:	Alters- und Geschlechtsverteilung der chronisch psychisch Kranken des PLK Heppenheim	8
Tabelle 5:	Heimverhältnisse bis zum Abschluß der Schulausbildung	9
Tabelle 6:	Berufe der Eltern	10
Tabelle 7:	Schulbildung, Berufsausbildung und Berufsausübung	12
Tabelle 8:	Einweisungsgründe	16
Tabelle 9:	Krankheitssymptome der schizophrenen Patienten	17
Tabelle 10:	Rechtssituation der untersuchten Kranken des PLK Heppenheim	18
Tabelle 11:	Beurteilung der Leistungen in der Arbeitstherapie	20
Tabelle 12:	Sexuelle Beziehungen der untersuchten Patienten vor der Erkrankung	23
Tabelle 13:	Freizeitinteressen vor der Erkrankung	24
Tabelle 14:	Vergleich von Bettenzahl, Arztzahl und Hilfspersonal des PLK Heppenheim mit PLKs in Baden-Württemberg und der Bundesrepublik	42

1. EINFÜHRUNG UND ZIELSETZUNG

In den letzten Jahrzehnten hat sich die Therapie psychisch Kranker grundlegend gewandelt. Die Einführung von Psychopharmaka und gezielte soziotherapeutische Maßnahmen haben zu überraschenden Behandlungserfolgen geführt. Es hat sich gezeigt, daß psychisch Kranke nicht in dem Maße wie früher angenommen der Hospitalisierung bedürfen. Eine Rückkehr in die gewohnte Umgebung ist in vielen Fällen möglich. Bei langfristig hospitalisierten Patienten ist jedoch die direkte Wiedereingliederung oftmals nicht angezeigt oder sogar unmöglich. Bleuler (1972) weist gerade auf dieses Faktum hin. Er betont, daß die Verbesserung der Behandlung Schizophrener, wie sie in den letzten Jahrzehnten vor sich ging, vor allem die Schwere chronischer schizophrener Zustände wesentlich zu mildern vermocht hat, dagegen war sie nicht imstande, die Zahl der langdauernden Heilungen deutlich zu vermehren. Diese Kranken bedürfen einer gezielten Therapie, die die Rehabilitation erleichtert und oft nur in speziellen Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden kann.

Das Ziel der vorliegenden Mitteilung ist es, an einer Gruppe von ausgewählten chronisch psychisch Kranken - wobei die Schizophrenen besondere Beachtung finden - zu untersuchen, welche Patienten aus dieser Gruppe für eine Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung in Frage kommen. Die Patienten befanden sich unterschiedlich lange in stationärer Behandlung.

Die Gründe, die den weiteren Verbleib der nicht für eine Rehabilitationseinrichtung geeigneten Patienten im Krankenhaus notwendig erscheinen lassen, werden ebenfalls berücksichtigt. Im weiteren werden Therapievorschläge gemacht, die darauf abzielen, auch das Los der stationär behandelten Patienten zu bessern.

Mit der Untersuchung soll ein Beitrag zur Diskussion um Rehabilitationsmaßnahmen geleistet werden, insbesondere zur Problematik, die im Krankenhaus bei der Auswahl der Patienten und ihrer Hinführung zu dieser speziellen Therapie vorliegt; sie ist Teil einer größer angelegten Studie, die den Vergleich langfristig hospitalisierter Kranker mit Heimuntergebrachten zum Gegenstand hat (PLK Heppenheim, Direktor MD. Dr. O. Luxenburger).

2. PATIENTENGUT UND UNTERSUCHUNGSMETHODEN

2.1. Patientengut

Die in der vorliegenden Arbeit eingehender untersuchte Krankengruppe umfaßt psychisch kranke Patienten, die länger als sechs Monate im Psychiatrischen Landeskrankenhaus (PLK) Heppenheim stationär behandelt wurden, alle im Landkreis Bergstraße ansässig sind, und in die Altersgruppe von 18 - 60 Jahren fallen. (Aus prinzipiellen Überlegungen wurden Patienten über 60 Jahre nicht berücksichtigt, da bei ihnen sicher nur eine beschränkte Rehabilitation, insbesondere keine berufliche Rehabilitation, auf die die vorliegende Untersuchung abgestellt ist, erreicht werden könnte.) Es handelt sich um alle Patienten dieser Altersgruppe, die sich am Stichtag (29.3.1974) in stationärer Behandlung im PLK Heppenheim befanden.

Von insgesamt 43 Patienten für die die obengenannten Kriterien zutreffen, wurden 39 eingehend untersucht. Bei den fehlenden vier der Patienten konnte die Untersuchung nicht abgeschlossen werden, da sie in der fraglichen Zeit (April 74 bis Januar 75) verlegt oder entlassen wurden, und somit bis zum Ende der Untersuchung nicht zur Verfügung standen. Untersucht wurden 16 Männer und 23 Frauen. (Patientenliste siehe Anhang 1).

Der eigentlichen Untersuchung geht eine Übersicht über die psychisch Kranken des gleichen Kreises voraus, die nicht im PLK Heppenheim, sondern in anderen PLKs und Heimen untergebracht sind. Es mag als Anhalt dienen, daß laut Statistik des Landeswohlfahrtverbandes (LWV) Hessen 1974 244 psychisch Kranke aus dem Landkreis Bergstraße in den PLKs in Hessen behandelt wurden. Zur Zeit der vorliegenden Untersuchung wurden nach Akteneinsicht von 206 Patienten Diagnosen, Lebensalter und Geschlecht ermittelt. Diese Zahlen dienen als Vergleichsmaterial. Ferner wurde versucht, die Zahl der in Heimen untergebrachten psychisch Kranken zu ermitteln. Die genaue Anzahl dieser Kranken war direkt nicht zu erfahren, da eine zentrale Registrierung nicht erfolgt. Deshalb wurde ihre Anzahl über die zuständige Sozialeinrichtung (LWV Hessen, Kreisabteilung Darmstadt) ermittelt, soweit diese Kranken nach § 100 des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) unterstützt werden. Aus dem Kreis Bergstraße wurden 208 psychisch Kranke unterstützt. Die absolute Zahl der Heimuntergebrachten dürfte jedoch um etwa 20 % höher liegen, da in dem zur Kontrolle herangezogenen Heim Schütz in Asbach, das nur psychisch Kranke betreut, nur 78 % der Heimbewohner die Unterstützung nach § 100 BSHG erhalten. Von der oben angeführten Anzahl von 208 psychisch kranken Heimuntergebrachten konnten von 198 die entsprechenden Verwaltungsakten eingesehen werden um Alter, Geschlecht, Art der Behinderung und Art der Heimunterbringung zu ermitteln.

2.2. Untersuchungsmethoden

Wie oben bereits ausgeführt, wurden übersichtshalber von den insgesamt 244 hospitalisierten Patienten 206 erfaßt, außerdem 198 von 208 in Heimen untergebrachten psychisch Kranken.

Die eigentliche Untersuchung mit Aktenstudium[+], Befragung des Pflegepersonals, eingehender Untersuchung und Befragung[++] erstreckt sich auf 39 Patienten des PLK Heppenheim.

Um vergleichbare Einzelergebnisse zu erhalten, wurde ein Fragebogen erarbeitet, der im ersten Abschnitt die Daten berücksichtigt, die anhand der Krankengeschichte ermittelt werden konnten. Der Abschnitt zwei betrifft die Befragung des Pflegepersonals, der dritte Abschnitt beinhaltet die Selbstbeurteilung der Patienten, während der vierte Abschnitt die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung wiedergibt. Dieser Teil enthält auch die Rehabilitationsprognose eines jeden Patienten. (Fragebogen, Anhang 2)

Die in Abschnitt zwei gegebene Leistungsbewertung wurde dem Therapiebogen entnommen, der über jeden Patienten, der an der Arbeitstherapie teilnimmt, geführt wird. (Therapiebogen, Anhang 3). Die recht komplexe

---

[+] Da einige Krankenblätter vor mehr als 20 Jahren angelegt worden waren, fehlen bei diesen in der Anamnese Angaben, die Auskunft über die häuslichen Verhältnisse und präpsychotische Persönlichkeit der Patienten geben. Deshalb liegen zu diesen Punkten in Abschnitt 1 in einigen Fällen keine Angaben vor.

[++] Die Kranken reagierten zum Teil trotz Aufklärung über den Zweck der Befragung und Untersuchung mit Befremden, Mißtrauen und Abwehr. Diese Reaktionen konnten nicht in allen Fällen während der Untersuchungssituation abgebaut werden. Daher sind die mitunter wenig ausführlichen Antworten zu erklären.

Beurteilung, die der Therapiebogen vorsieht, wurde zur besseren Übersicht wesentlich vereinfacht und die Leistung wurde in drei Kategorien unterteilt: gut, mittel und schlecht. Der Schwierigkeitsgrad der geleisteten Arbeit wurde extra aufgeführt.

Eine ausführliche Aufstellung des Arbeitstherapieangebotes im PLK Heppenheim gibt Anhang 4.

3. ERGEBNISSE

3.1. Ermittelte Übersichtsdaten

Laut Statistik des LWV Hessen wurden 1974 aus dem Kreis Bergstraße 244 psychisch Kranke in den PLKs in Hessen behandelt, davon 195 im PLK Heppenheim (90 %), im PLK Goddelau 32 Patienten und im PLK Gießen 5. Die restlichen 12 Patienten waren in anderen PLKs des Landes Hessen untergebracht. Bei den in Gießen Hospitalisierten handelt es sich um psychisch kranke Straftäter; das PLK Gießen verfügt über eine Spezialeinrichtung zur Behandlung dieser Kranken.

Nach eigenen Ermittlungen befanden sich im Februar 1975 aus dem Kreis Bergstraße 25 Kranke im PLK Goddelau. Bei den Patienten der Altersgruppen 18 - 60 und älter als 60 Jahre beträgt die Behandlungsdauer mehr als 6 Monate. Weitere Daten in Tabelle 1.

TABELLE 1: PSYCHISCH KRANKE DES PLK GODDELAU AUS DEM KREIS BERGSTRASSE

ALTERSGRUPPEN	MÄNNER	P*	O*	ZUS.	FRAUEN	P	O	ZUS.	PATIENTEN INSGESAMT
60		1	2	3		1	-	1	4
18- 60		1	8	9		1	4	5	14
18		-	7	7		-	-	-	7
INSGESAMT		2	17	19		2	4	6	25

P*=ENDOGENE PSYCHOSEN
O*=OLIGOPHRENIEN UND ANDERE HIRNORGANISCHE ERKRANKUNGEN

TABELLE 2: IN HEIMEN UNTERGEBRACHTE PSYCHISCH KRANKE AUS DEM KREIS BERGSTRASSE

ALTERSGRUPPEN	MÄNNER	G*	P*	O*	ZUS.	FRAUEN	G	P	O	ZUS.	PATIENTEN INSGESAMT
60		11	5	7	23		25	13	13	51	74
18 - 60		-	11	40	51		-	17	23	40	91
18		-	-	23	23		-	-	10	10	33
INSGESAMT		11	16	70	97		25	30	46	101	198

G*=GERIATRISCHE ERKRANKUNGEN
P*=ENDOGENE PSYCHOSEN
O*=OLIGOPHRENIEN UND ANDERE HIRNORGANISCHE ERKRANKUNGEN

208 psychisch Kranke aus dem Kreis Bergstraße waren im März 1975 in 79 Heimen untergebracht. Alter und Diagnose von 4 weiblichen und 6 männlichen Kranken konnten wegen fehlender Akten nicht ermittelt werden. Von 28 Schizophrenen der Altersgruppe 18 - 60 Jahre waren 10 in verschiedenen Altersheimen untergebracht. Aufschlüsselung dieser Kranken nach Alter, Geschlecht und Diagnose siehe Tabelle 2.

Im PLK Heppenheim befanden sich am 29. März 1974 181 Patienten aus dem Kreis Bergstraße. Die Aufschlüsselung nach Alter, Geschlecht und Diagnose erfolgt in Tabelle 3.

TABELLE 3: PATIENTEN DES PLK HEPPENHEIM AUS DEM KREIS BERGSTRASSE

ALTERSGRUPPEN	MÄNNER G*	P*	O*	S*	ZUS.	FRAUEN G	P	O	S	ZUS.	PATIENTEN INSGESAM
60	20	8	4	7	39	51	15	2	2	70	109
18 - 60	-	15	6	6	27	-	19	6	20	45	72
18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
INSGESAMT	20	23	10	13	66	51	34	8	22	115	181

G*= GERIATRISCHE ERKRANKUNGEN
P*= ENDOGENE PSYCHOSEN
O*= OLIGOPHRENIEN UND ANDERE HIRNORGANISCHE ERKRANKUNGEN
S*= SUCHTERKRANKUNGEN

3.2. Befragungs- und Untersuchungsergebnisse

Untersucht wurden 39 Patienten aus dem PLK Heppenheim. Die Diagnosen von 25 der untersuchten Kranken waren den endogenen Psychosen zuzuordnen (im einzelnen siehe Anhang 1). Da es sich bei diesen 25 ausschließlich um Schizophrene handelte, werden im folgenden Text psychotisch und schizophren (bzw. Psychotiker und Schizophrene) als Synonyma verwendet. Da für die spätere Diskussion die Gruppe der Schizophrenen große Bedeutung hat, wird deren Anteil am Gesamtergebnis gesondert aufgeführt als (P = x) wobei x die Anzahl der Schizophrenen wiedergibt.

Über die Alters- und Geschlechtsverteilung der 39 untersuchten Patienten des PLK Heppenheim gibt Tabelle 4 Auskunft.

TABELLE 4: ALTERS- UND GESCHLECHTSVERTEILUNG DER CHRONISCH PSYCHISCH KRANKEN DES PLK HEPPENHEIM*

LEBENSALTER IN JAHREN	MÄNNER	P*	O*	S*	ZUS.	FRAUEN	P	O	S	ZUS.	PATIENTEN INSGESA
18 - 20		-	-	-	-		-	-	-	-	-
21 - 25		1	-	-	1		1	1		2	3
26 - 30		-	-	-	-		1	-	-	1	1
31 - 35		2	3	-	5		2	-	-	2	7
35 - 40		2	-	-	2		4	1	-	5	7
41 - 45		3	-	-	3		2	-	-	2	5
46 - 50		2	3	-	5		3	-	-	3	8
51 - 55		-	-	-	-		2	2	1	5	5
56 - 60		-	-	-	-		1	2	-	3	3
INSGESAMT		10	6	-	16		16	6	1	23	39

* BEFRAGT UND UNTERSUCHT WURDEN PATIENTEN DER ALTERSGRUPPE 18 - 60 JAHRE, BEHEIMATET IM KREIS BERGSTRASSE

P* = ENDOGENE PSYCHOSEN

O* = OLIGOPHRENIEN UND ANDERE HIRNORGANISCHE ERKRANKUNGEN

S* = SUCHTERKRANKUNGEN

I. Ergebnisse des Studiums der Krankengeschichte von 39 psychisch Erkrankten im PLK Heppenheim. Die im folgenden Text angegebenen Kennziffern beziehen sich auf den Fragebogen (Anhang 2). Die unter den Ziffern I.1. - I.3. aufgeführten Angaben beziehen sich auf die Zeit vor der Erkrankung der Patienten.

I.1. Familie

I.1.1. Mögliche erbliche Belastung

Als mögliche erbliche Belastung wurden Eintragungen beurteilt wie: psychisch auffälliges Verhalten oder manifeste psychische Erkrankung von Familienmitgliedern. Eine mögliche erbliche Belastung fand sich in 14 Fällen in der Gruppe der 25 Schizophrenen.

I.1.2. Heimverhältnisse bis zum Abschluß der Schulbildung

Zur Frage, wo die Patienten bis zum Abschluß der Schulbildung aufgewachsen seien ergab sich, daß die große Mehrzahl im Elternhaus erzogen wurde. Eine genaue Aufschlüsselung findet sich in Tabelle 5.

TABELLE 5: HEIMVERHÄLTNISSE BIS ZUM ABSCHLUSS DER SCHULAUSBILDUNG

HEIMSTÄTTE	SCHIZOPHRENE PATIENTEN	PATIENTEN INSGESAMT
INTAKTE FAMILIE	20	29
BEI EINEM ELTERNTEIL	1	1
BEI VERWANDTEN	4	4
HEIM	-	2
NICHT ERWÄHNT	-	3
INSGESAMT	25	39

I.1.3. Enge Bindung an Vater oder Mutter

I.1.4. Rolle innerhalb der Geschwisterreihe

In den Krankenblättern fanden sich zu der Frage nach besonders enger Bindung an Vater oder Mutter nur in 6 Fällen Eintragungen. In 2 Fällen wurde der Vater abgelehnt, während in 4 Fällen ein gutes Verhältnis zu den Eltern angegeben wurde.
Eifersucht zu Geschwistern bestand bei 5 Patienten, in 3 Fällen wurde ein besonders gutes Verhältnis zu den Geschwistern bezeugt. Diese Eintragungen bezogen sich in allen Fällen auf Psychotiker.

I.1.5. Beruf des Vaters

I.1.6. Beruf der Mutter

Die Berufe der Eltern sind in Tabelle 6 angeführt.

TABELLE 6: BERUFE DER ELTERN

BERUFE	SCHIZOPHRENE PATIENTEN	PATIENTEN INSGESAMT
VATER UNGELERNTER ARBEITER	9	14
VATER HANDWERKER	7	10
VATER LANDWIRT	5	7
VATER VERWALTUNGSANGESTELLTER	1	1
NICHT ERWÄHNT	3	7
MUTTER BERUFSTÄTIG	2	4

I.1.7. Eheliche Situation der Eltern

Eintragungen zu diesem Thema fanden sich in 16 Krankenblättern. Über häufigen Zank und Streit wurde in 5 Fällen berichtet (P=3). Eine harmonische Ehe wurde in 8 Fällen erwähnt (P=8), in 3 Fällen wurde die Ehe der Eltern geschieden (P=2).

I.2. Bildung der untersuchten Patienten

I.2.1. Schulbildung

I.2.2. Berufsausbildung

I.2.3. Berufsausübung

Laut Krankenblatteintragungen hat die Mehrzahl der Patienten die Volksschule ohne Schwierigkeiten durchlaufen, jedoch haben eine große Anzahl von Patienten keine Berufsausbildung absolviert und ein Großteil der Patienten hat nie gearbeitet. Wenn die Angaben über schizophrene Patienten gesondert betrachtet werden, ergibt sich ein anderes Bild: Unter ihnen ist die Zahl derer, die regelmäßig gearbeitet haben am größten. Daten siehe Tabelle 7.

I.2.4. Weiterbildung

Von den untersuchten Patienten nahm keiner an einer Weiterbildung teil.

I.2.5. Berufswechsel

Eine psychotische Patienten wechselte 2 Jahre vor Erkrankungsbeginn den Beruf, sie war als Arzthelferin tätig und suchte sich eine Stelle als Stenotypistin.

TABELLE 7: SCHULBILDUNG , BERUFSAUSBILDUND UND BERUFSAUSÜBUNG

SCHULBESUCH	P*	O*	S*	PATIENTEN INSGESAMT
KEINE SCHULE	1	6	-	7
SONDERSCHULE	-	4	-	4
VOLKSSCHULE (EINE ODER MEHR KLASSEN WIEDERHOLT)	9	1	-	10
VOLKSSCHULE (OHNE SCHWIERIGKEITEN)	14	2	1	17
HÖHERE HANDELSSCHULE	1	-	-	1
INSGESAMT	25	13	1	39
BERUFSAUSBILDUNG				
KEINE AUSBILDUNG	14	13	-	27
LEHRE ABGEBROCHEN	5	-	1	6
LEHRE ABGESCHLOSSEN	6	-	-	6
INSGESAMT	25	13	1	39
BERUFSAUSÜBUNG				
REGELMÄSSIGE ARBEIT IM ERLERNTEN BERUF	5	-	-	5
REGELMÄSSIGE ARBEIT IM ANGELERNTEN BERUF	4	2	1	7
REGELMÄSSIGE ARBEIT IM UNGELERNTEN BERUF	7	1	-	8
SPORADISCH GEARBEITET	6	-	-	6
NIE GEARBEITET	3	10	-	13
INSGESAMT	25	13	1	39

P*= ENDOGENE PSYCHOSEN

O*= OLIGOPHRENIEN UND ANDERE HIRNORGANISCHE ERKRANKUNGEN

S*= SUCHTERKRANKUNGEN

I.2.6. Tatsächliche Berufsausübung vor der Hospitalisierung

Bei 10 schizophren Erkrankten konnten durch die Eintragungen in die Krankenakte die möglichen mit den tatsächlichen Arbeitsjahren verglichen werden. Es ergab sich, daß diese 10 Patienten ohne Erkrankung 73 Jahre insgesamt hätten arbeiten können. Tatsächlich wurden jedoch nur 45 Jahre gearbeitet, davon 12 Jahre in einer Tätigkeit, die nicht dem Ausbildungsstand entsprach.

I.3. Lebenssituation vor der Erkrankung

I.3.1. Personenstand

33 Patienten waren vor der ersten Hospitalisierung ledig (P=20) verheiratet waren 5 Patienten (P=5), geschieden war eine Patientin (S=1). Die Ehe wurde bei 3 Patienten (P=3) nach der 2. oder späteren Hospitalisierung geschieden.

I.3.2. Kinder

8 psychotische Patienten haben Kinder. 2 Patientinnen waren sterilisiert (davon eine Patientin vor Ausbruch der Erkrankung, ohne weitere Angaben).

I.3.3. Freundschaften

Dieser Punkt war ebenfalls nur in wenigen Krankengeschichten berücksichtigt, bei 4 psychotischen Patienten fanden sich Bemerkungen wie "sehr zurückgezogen", "wurde von anderen gehänselt", "war immer für sich", "Einzelgänger".

I.3.4. Freizeitinteressen

Auch Freizeitinteressen wurden in den Krankenblättern in den wenigsten Fällen berücksichtigt: "habe schöne Handarbeiten angefertigt", "habe gern gelesen", "viel Fußball gespielt", bei insgesamt 6 psychotischen Patienten.

I.3.5. Geschlechtsleben

Sexuell deviantes Verhalten (darunter ist nicht nur Homosexualität sondern auch erhebliche Triebhaftigkeit zu verstehen) wurde bei 7 psychotischen Patienten und 3 Oligophrenen bemerkt.

I.3.6. Genuß- und Suchtmittel

Starker Alkoholkonsum war in 4 Fällen, Tablettensucht in einem Fall bekannt.

I.3.7. Vorstrafen

Vier der untersuchten Patienten waren vorbestraft, darunter 3 Psychotiker. Eine Patientin war wegen eines "kriminellen Abortes", 2 Patienten wegen Eigentumsdelikten, 1 Oligophrener wegen Unzucht mit Minderjährigen bestraft.

I.3.8. Selbständige Lebensführung

Zur selbständigen Lebensführung, die Berufstätigkeit und Leben ohne die Hilfe Angehöriger beinhaltet, waren 11 Patienten ehemals fähig (P(sychotiker) = 10, S(ucht) = 1). 24 Patienten waren nicht zur selbständigen Lebensführung fähig (P = 12). In 4 Fällen waren Angaben zu diesem Punkt nicht erhältlich und aus anderen Eintragungen nicht rekonstruierbar (P = 3).

I.3.9. Körperliche Erkrankungen

Körperliche Erkrankungen oder Behinderungen lagen in 17 Fällen vor, darunter bei 5 Schizophrenen. Es handelte sich um einen leichten perinatalen Hirnschaden, um neurologische Auffälligkeiten sowie um eine Herzrythmusstörung.

I.4. Hospitalisierungen, Rehabilitationsversuche und Entlassungen

Es konnte aus den Krankenblättern entnommen werden, daß in der untersuchten Gruppe der früheste Beginn der Erkrankung bei weiblichen Patienten in das 16. Lebensjahr fiel, der späteste Beginn in das 40. Lebensjahr. Das mittlere Erkrankungsalter betrug 25,5 Jahre. Bei den männlichen Patienten wurden ähnliche Verhältnisse vorgefunden: frühester Beginn im 15. Lebensjahr, spätester Beginn im 32. Lebensjahr und für das mittlere Ersterkrankungsalter das 24. Lebensjahr.

Die häufigsten Gründe, die zur Einweisung geführt haben, waren die Tendenz zur Verwahrlosung, der Bedarf dauernder Pflege und Beaufsichtigung und aggressives Verhalten. In Tabelle 8 werden die Einweisungsgründe genauer aufgeschlüsselt. Es stellte sich heraus, daß häufiger mehr als ein Grund zur Einweisung in stationäre psychiatrische Behandlung vorgelegen hatte.

Die Aufnahmefrequenz der untersuchten Patienten schwankt zwischen 27 und einer Aufnahme. Für die schizophrenen Patienten beträgt die mittlere Aufnahmefrequenz 5,6, dabei wurden auch stationäre Behandlungen in anderen PLKs mitberücksichtigt, ebenso solche in Universitäts- oder Privatkliniken. Die Dauer der letzten stationären Behandlung beträgt bei den schizophrenen Patienten maximal 26 Jahre und im Minimum 2 Monate. Die mittlere letzte Behandlungsdauer liegt bei 8,4 Jahren.

Für die nicht-schizophrenen Patienten ergibt sich: mittlere Aufnahmefrequenz 2,5, die Dauer des letzten stationären Aufenthalts schwankt zwischen 35 Jahren und 2 Monaten, der mittlere Wert liegt bei 10 Jahren.

TABELLE 8: EINWEISUNGSGRÜNDE*

EINWEISUNGSGRUND	MÄNNER	P*	O*	S*	ZUS.	FRAUEN	P	O	S	ZUS.
VERWAHRLOSUNGSTENDENZ		8	4	-	12		6	3	1	9
PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT		-	11	-	11		-	-	-	-
AGGRESSIONEN		5	5	-	10		5	2	-	7
KRIMINELLE DELIKTE		2	1	-	3		-	-	-	-
SUICIDVERSUCHE		5	-	-	5		4	-	-	4

* BESTIMMT AN SÄMTLICHEN HOSPITALISIERUNGEN DER 39 CHRONISCH PSYCHISCH KRANKEN DES PLK HEPPENHEIM AUS DEM LANDKREIS BERGSTRASSE
P*=ENDOGENE PSYCHOSEN
O*=OLIGOPHRENIEN UND ANDERE HIRNORGANISCHE ERKRANKUNGEN
S*=SUCHTERKRANKUNGEN

Die Behandlungsmethoden, die bei den untersuchten schizophrenen Patienten angewandt wurden, bestanden in neuroleptischer Behandlung (25 Patienten) und somatischer Behandlung (12 Patienten). Unter somatischer Behandlung wird hier Elektro-, Insulin- und Cardiazol-Schockbehandlung verstanden. An einer Patientin wurde eine Leukotomie durchgeführt. Die hier gemachten Angaben über somatische Behandlungen beziehen sich auf die gesamte Dauer der stationären Behandlung. Im PLK Heppenheim werden seit 1962 keine somatischen Behandlungsmethoden angewandt. Lediglich 3 Patienten, die 1972 bzw. 73 aus anderen Krankenhäusern verlegt wurden, wurden bis zu diesem Zeitpunkt somatisch behandelt.

Während des Krankenhausaufenthaltes wurden die in der Tabelle 9 genannten Krankheitssymptome im Krankenblatt vermerkt.

TABELLE 9: KRANKHEITSSYMPTOME DER SCHIZOPHRENEN PATIENTEN*

SYMPTOME	MÄNNER	FRAUEN
FORMALE DENKSTÖRUNGEN	5	13
WAHNIDEEN	5	9
OPTISCHE HALLUZINATIONEN	2	7
AKUSTISCHE HALLUZINATIONEN	9	14
ABNORME KÖRPERSENSATIONEN	3	7
REALITÄTSSTÖRUNGEN	5	10
KONTAKTSTÖRUNGEN	3	5
ANTRIEBSSTÖRUNGEN	5	6
STIMMUNGSSCHWANKUNGEN	1	6
ABNORME REIZBARKEIT	1	5
ZWANGHAFTE SYMPTOME	2	1
SCHWERE ERREGUNGSZUSTÄNDE	3	4
GEFÜHL DER KRAFTLOSIGKEIT	4	-
KATATONE SYMPTOME	3	7
AUTISMUS	4	2
NEUROLOGISCHE SYMPTOME	2	1

* ES WURDEN ALLE WÄHREND DER GESAMTEN HOSPITALISIERUNG BESCHRIEBENEN SYMPTOME REGISTRIERT

I.5. Rechtssituation

Über die Rechtssituation der psychisch Kranken des PLK Heppenheim gibt die Tabelle 10 Auskunft. Von den 39 Patienten sind 10 ohne rechtliche Beschränkung.

TABELLE 10: RECHTSSITUATION DER UNTERSUCHTEN KRANKEN DES PLK HEPPENHEIM

RECHTSSTATUS	SCHIZOPHRENE PATIENTEN	PATIENTEN INSGESAMT
VERMÖGENSPFLEGSCHAFT	9	12
PFLEGSCHAFT MIT AUFENTHALTS-BESTIMMUNGSRECHT	3	3
VORMUNDSCHAFT	4	7
KEINE RECHTLICHE BESCHRÄNKUNG	9	10
INSGESAMT	25	39
RENTE WEGEN BERUFS-UND ARBEITSUNFÄHIGKEIT	7	7

Der Gesamtkomplex der stationären Behandlung ist in Anhang 5 noch einmal graphisch dargestellt.

II. Angaben und Beurteilung durch das Pflegepersonal

II.1. Kontakte zur Außenwelt

Von den 39 Patienten unterhielten 25 Patienten regelmäßige Beziehungen zur Außenwelt in Form von gegenseitigen Besuchen. In dieser Gruppe be-

fanden sich 17 Psychotiker. Bei 3 Patienten bestand der Kontakt in brieflichem Verkehr mit Angehörigen, darunter befanden sich 2 Psychotiker. Bei 2 Psychotikern stellte die einzige Bezeihung zur Außenwelt der Kontakt mit dem ehrenamtlichen Helfer dar. Neun Patienten, darunter 7 Psychotiker unterhielten keinerlei Kontakt mit der Außenwelt.

II.2. Kontakt zum Pflegepersonal

Der Kontakt zum Pflegepersonal wurde als gut bei 19 Patienten beurteilt, von diesen waren 8 Psychotiker. Einen mittelmäßigen Kontakt, das heißt Kontaktaufnahme nur bei kleinen Besorgungen durch das Pflegepersonal, unterhielten 11 Patienten, darunter 9 Psychotiker. Die restlichen 9 Patienten, alle Psychotiker, zeigten erhebliche Kontaktarmut.

II.3. Kontakt zu Mitpatienten

Der Kontakt zu den Mitpatienten wurde als gut beurteilt bei 7 Patienten, darunter 2 Psychotiker, und als mittelmäßig bei 16 Patienten, darunter 11 Psychotiker. 14 Patienten, alle Psychotiker, hatten keinen Kontakt zu ihren Mitpatienten. Vier Patienten unterhielten jeweils nur zu einem Mitpatienten Kontakt. Unter diesen 4 Patienten befanden sich 3 Psychotiker.

II.4. Verhaltensstörungen

Zehn Patienten, darunter 6 Psychotiker, wiesen keine groben Verhaltensstörungen auf. 18 Patienten, wovon 12 als Psychotiker diagnostiziert waren, wurden als nachlässig und unsauber in Körper- und Kleiderpflege befunden. Bei 3 Patienten, darunter 2 Psychotiker, wurde regelmäßiges Einnässen und/oder Einkoten beobachtet. Durch undistanziertes Verhalten

fielen 4 Patienten auf, darunter befand sich ein Psychotiker. Wahlloses In-den-Mund-Stecken sämtlicher Gegenstände wurde bei einer Psychotikerin bemerkt. Tätlich aggressiv verhielten sich 11 Patienten, darunter 7 Psychotiker. Unmäßiges Essen wurde bei 2 Patienten, darunter ein Psychotiker, beobachtet. Sexuelle Fehlhandlungen begingen 4 Patienten, darunter 3 Psychotiker. Diese Fehlhandlungen bestanden in exhibitionistischen Tendenzen, wahlloser sexueller Kontaktaufnahme und Berühren der Genitalien von Mitpatienten.

II.5. Leistungen in der Arbeitstherapie

Allgemein gesprochen sind die Leistungsergebnisse als schlecht zu beurteilen. Mehr als 64 % aller untersuchten Patienten zeigen schlechte Leistungen oder sind überhautp nicht geeignet für die Arbeitstherapie. Weitere Angaben zeigt die Tabelle 11.

TABELLE 11: BEURTEILUNG DER LEISTUNGEN IN DER ARBEITSTHERAPIE

BEURTEILUNG	P*	O*	S*	PATIENTEN INSGESAMT
GUT	4	2	-	6
MITTELMÄSSIG	4	4	-	8
SCHLECHT	12	3	1	16
KEINE TEILNAHME	5	4	-	9
INSGESAMT	25	13	1	39

P*= ENDOGENE PSYCHOSEN
O*= OLIGOPHRENIEN UND ANDERE HIRNORGANISCHE ERKRANKUNGEN
S*= SUCHTERKRANKUNGEN

III. Wie sieht der Patient sich und seine Situation?

Vier schwachsinnige Patienten waren nicht in der Lage Angaben zum Thema zu machen, 2 psychotische Patienten lehnten eine Unterredung kategorisch ab, eine psychotische Patientin reagierte auf Befragen mit einem Erregungszustand. Es liegen also nur Aussagen von 32 Patienten vor, davon sind 22 Psychotiker.

III.1. Lebenssituation vor der Hospitalisierung

III.1.1. Kindheit

Nach der Kindheit befragt, wurden vorwiegend positive, wenig ausführliche, zum Teil sehr allgemein gehaltene Angaben gemacht: "es war sehr schön", "ich habe viel spielen dürfen", "die Schule hat mir Spaß gemacht", "es war sehr schön die Natur". Zwei psychotische Patienten gaben an überhaupt keine Erinnerung an die Kindheit mehr zu haben. Sechs Patienten berichteten über häufige Streitereien der Eltern.

III.1.2. Bindung an Vater oder Mutter

Die Frage nach einer speziellen Bindung an Vater oder Mutter wurde in vielen Fällen nur ungenügend beantwortet. Über ein gutes Verhältnis zu beiden Eltern berichteten 3 Patienten, davon 2 Schizophrene. Der Vater wurde von 5 Patienten bevorzugt, darunter 2 Psychotiker. Die Mutter bevorzugten 9 Patienten, darunter 7 Psychotiker. 15 Patienten verhielten sich indifferent zu der Frage, darunter 11 Psychotiker.

III.1.3. Beziehung zu den Geschwistern

Hierzu gab es fast nur positive Antworten. 2 Patienten gaben an, daß sie sich in der Kindheit den Geschwistern gegenüber zurückgesetzt gefühlt hätten.

III.1.4. Eheliche Situation der Eltern

Die Patienten beurteilten das Verhalten der Eltern untereinander vorwiegend als harmonisch. 16 Patienten, darunter 13 Psychotiker, urteilten so. An häufigen Streit erinnerten sich 6 Patienten (P=6). Zehn Patienten konnten sich diesbezüglich nicht erinnern, darunter 4 Psychotiker.

III.1.5. Schulsituation

Bezüglich der Schulsituation war die Beurteilung ebenfalls vorwiegend günstig. Die Patienten stuften sich selbst folgendermaßen ein: Zehn Patienten, darunter 8 Schizophrene, gaben an, gute Schüler gewesen zu sein und gerne die Schule besucht zu haben. Über mittlere schulische Leistungen und ebenfalls positive Eindrücke berichteten 8 Patienten, darunter 6 Schizophrene, während 14 Patienten, darunter 7 Schizophrene, über schlechte Leistungen, Schwierigkeiten in einzelnen Fächern und Sitzenbleiben Angaben machten. Von Schwierigkeiten mit Lehrern oder Mitschülern berichteten 7 Patienten, darunter 5 Schizophrene.

III.1.6. Berufssituation

Ihren Beruf gerne ausgeübt haben 10 Patienten (P=7), 9 Patienten hätten lieber einen anderen Beruf gehabt, darunter waren 7 Schizophrene. Von den Kollegen abgelehnt fühlten sich 5 Patienten (P=4). Drei schizophrenen Patienten war der Beruf wichtiger als das Privatleben.

III.1.7. Freundschaften

Die Frage nach Freundschaften vor der Erkrankung wurde nicht von allen Patienten erschöpfend beantwortet. 16 Patienten bejahten die Frage nach Freundschaften, machten aber über die Erlebnisinhalte keine Angaben, darunter waren 8 Schizophrene. Folgende Äusserungen kamen ausschließlich von schizophrenen Patienten: "Ich wollte lieber für mich allein sein" (3 Patienten), "ich hätte gern Freunde gehabt, aber ich wußte nicht wie ich es anstellen sollte" (2 Patienten), "ich hätte gern Freunde gehabt, aber Mutter sagte, ich solle lieber mit meinen Geschwistern spielen" (eine Patientin). Zehn Patienten, darunter 8 Schizophrene, gaben an, keine Freunde gehabt zu haben.

III.1.8. Sexuelle Beziehungen

Über ihre sexuellen Beziehungen wollten nur 25 Patienten Auskunft geben. Die Angaben dazu, aufgeschlüsselt nach Geschlechtern, finden sich in Tabelle 12.

TABELLE 12: SEXUELLE BEZIEHUNGEN DER UNTERSUCHTEN PATIENTEN VOR DER ERKRANKUNG*

ART DER SEXUELLEN BEZIEHUNG	MÄNNER	P*	O*	S*	ZUS.	FRAUEN	P	O	S	ZUS.	PATIENTEN INSGESAMT
ANGABEN ABGELEHNT		-	2	-	2		1	-	-	1	3
KEIN INTERESSE AN SEX.BEZ.		1	1	-	2		5	1	-	6	8
SEX.KONTAKTE ABGELEHNT		-	-	-	-		3	1	-	4	4
KURZFRISTIGE SEX.KONTAKTE		2	4	-	6		4	1	-	5	11
LANGDAUERNDE FREUNDSCHAFTEN MIT SEX.KONTAKTEN		3	-	-	3		2	-	1	3	6
INSGESAMT		6	7		13		15	3	1	19	32

*BEFRAGT WURDEN 32 PATIENTEN VON 39 UNTERSUCHTEN PATIENTEN
P*= ENDOGENE PSYCHOSEN
O*= OLIGOPHRENIEN UND ANDERE HIRNORGANISCHE ERKRANKUNGEN
S*= SUCHTERKRANKUNGEN

III.1.9. Beziehung zum Ehepartner und zu den Kindern

Die Beziehung zum Ehepartner bezeichneten die 2 noch verheirateten Patienten (Schizophrene) als "gut", ein männlicher Patient machte allerdings die Einschränkung, daß er es seiner Frau übelnehme, daß sie ihn so häufig ins Krankenhaus bringe. Von 5 geschiedenen Patienten erklärten 3, sie verstünden, daß der Ehepartner sich habe scheiden lassen; eine Patientin gab an, es sei nur "wegen der Krankenkasse" passiert, und ein Patient reagierte noch bei der Untersuchung mit Wut und Enttäuschung. Die 8 Patienten, die Kinder haben, erklärten alle, ihre Kinder sehr lieb zu haben, 2 äußerten ihre Besorgnis über die Unterbringung der Kinder in Heimen, jedoch entstand der Eindruck, daß bei 4 Patienten keine affektiven Regungen bei der Fragestellung vorhanden waren.

III.1.10. Freizeitinteressen

Die in Tabelle 13 aufgeführten Interessengebiete wurden von den Patienten bei der Befragung angegeben.

TABELLE 13: FREIZEITINTERESSEN VOR DER ERKRANKUNG*

INTERESSENGEBIETE	SCHIZOPHRENE PATIENTEN	PATIENTEN INSGESAMT
HANDARBEITEN	7	8
BÜCHER	2	2
SPORT	2	3
FERNSEHEN	2	2
KINO	7	7
TANZEN	3	3
SPAZIERGÄNGE	2	2
KIRCHGANG, RELIGION	1	1
KEINE ZEIT FÜR FREIZEITBESCHÄFTIGUNGEN	2	3
KEINE INTERESSEN	1	2

*BEFRAGT WURDEN 32 PATIENTEN AUS DER GRUPPE DER 39 UNTERSUCHTEN KRANKEN

III.2. Beurteilung der jetzigen Situation im Krankenhaus

III.2.1. Krankheitsgefühl

Nach ihrem derzeitigen Krankheitsgefühl befragt, gaben 7 Patienten, davon 5 Schizophrene, an sich nicht krank zu fühlen und auch vorher nie krank gewesen zu sein. Warum sie im Krankenhaus seien sei ihnen unbekannt, trotzdem äußerten diese Patienten keinerlei Wünsche entlassen zu werden. Sechs Patienten, ausschließlich schizophrene Kranke, fühlten sich bei völliger Gesundheit im Krankenhaus festgehalten. Drei Patienten (P=1) fühlten sich ebenfalls nicht krank, waren jedoch der Meinung, die Stütze des Krankenhauses zu brauchen. Körperlich krank fühlten sich 7 Patienten, darunter 4 Schizophrene. Drei schizophrene Patienten gaben an, früher krank gewesen zu sein, wobei als frühere Krankheit Schlaflosigkeit genannt wurde. Ein Schizophrener gab an sich jetzt krank zu fühlen, er leide unter Angstzuständen. Drei Patienten (P=2) meinten im Krankenhaus zu sein, weil die Angehörigen dies wünschten.

III.2.2. Beurteilung der eigenen Arbeitsfähigkeit

Ihre Arbeitsfähigkeit und Leistung beurteilten 25 Patienten mit gut, darunter 18 Schizophrene, eine schizophrene Patientin meinte, ihre Arbeit sei mittelmäßig, sie könne Besseres leisten, 2 Schizophrene lehnten Arbeit überhaupt ab mit der Begründung im Krankenhaus zu sein, während 4 Patienten sich zu schwach zum arbeiten fühlten, darunter eine Patientin, die sich wahnhaft verstümmelt fühlte.

III.2.3. Kontakte zum Pflegepersonal

Ihren Kontakt zu Pflegern und Schwestern beurteilten die Patienten in der Mehrzahl als gut. Insgesamt gut fanden 16 Patienten den Kontakt zum Pflegepersonal, davon 12 Schizophrene. Als indifferent dem Pflege-

personal gegenüber bezeichneten sich 4 Patienten (P=3). Fünf Patienten, darunter 3 Schizophrene, fühlten sich vom Pflegepersonal abgelehnt. Über guten Kontakt nur zu einem Pfleger oder einer Schwester berichteten 2 schizophrene Patienten. Als zeitweilig gut, dann wieder schlecht, beurteilten 5 Patienten (P=2) ihre Kontakte zum Pflegepersonal.

III.2.4. Kontakte zu Mitpatienten

Insgesamt positiv beurteilten 16 Patienten, darunter 10 Schizophrene, ihre Beziehungen zu ihren Mitpatienten. Fünf Patienten (P=3) fühlten sich von den Mitpatienten abgelehnt, während 5 Schizophrene den Kontakt ihrerseits ablehnten. Beziehungen nur zu einem Mitpatienten gaben 4 Patienten, darunter 3 Schizophrene, an. Als mittelmäßig bezeichneten 2 Patienten (P=1) ihren Kontakt zu den anderen Kranken.

III.2.5. Kontakte zur Außenwelt

Ausreichend und positiv beurteilten 21 Patienten, davon 14 Schizophrene, ihre Kontakte zur Außenwelt. Vier Patienten empfanden diese Kontakte als zu selten. Zwei schizophrene Patienten lehnten Kontakte zur Außenwelt entschieden ab, während 5 Patienten zu diesen Kontakten gleichgültig eingestellt waren. Darunter befanden sich 4 Schizophrene.

III.2.6. Freizeitaktivitäten

Kein Interesse an Freizeitaktivitäten bekundeten 5 Patienten, unter ihnen 3 Schizophrene. Ein schizophrener Patient gab an, er wisse nicht womit er sich beschäftigen solle. Stationsaktivitäten wie Kegeln, Wandern und Ausflüge bevorzugten 10 Patienten, darunter 7 Schi-

zophrene. Fernsehfilme interessierten 3 Patienten (P=2), während 6 schizophrene Patienten am liebsten alles im Fernsehen anschauen würden. Fünf Patienten, davon 3 Schizophrene, interessierte lediglich Sport im Fernsehen. Zwei schizophrene Patienten bevorzugten Spiele wie Skat und Schach. Es zeigt sich, daß Aktivitäten, die von außen angeregt werden und solche Freizeitbeschäftigungen, die wenig Aktivität verlangen wie das Fernsehen, von der Mehrzahl bevorzugt werden.

III.2.7. Wunsch nach Verlegung oder Entlassung

Drei schizophrene Patienten machten keine direkt verwertbaren Angaben im Sinn der Fragestellung, wie: "Ich will mit dem Schiff nach Amerika" und ähnliche Aussagen. Zwölf Patienten, darunter 11 Schizophrene, gaben an, keinen Wunsch nach Entlassung oder Verlegung zu haben. Als Gründe wurden Eingewöhnung, Angst vor dem Scheitern und die Notwendigkeit, das Krankenhaus als Stütze zu haben, geäußert. Die Entlassung wünschten 17 Patienten, darunter 7 Schizophrene. Als Wohnziel wurden Angehörige, Freunde und ein eigenes Zimmer angegeben. Ein schizophrener Patient wünschte nach Asbach (in eine Rehabilitationseinrichtung) verlegt zu werden, weil er dort besser bezahlt werde. Mehr als die Hälfte der Schizophrenen wünscht demnach im Krankenhaus zu verbleiben.

IV. Urteil über den Zustand der untersuchten Patienten und Rehabilitationsprognose

Wegen der besonderen Bedeutung für die Rehabilitationsprognose geben wir außer dem Untersuchungsergebnis noch die Angaben (Leistungen in der Arbeitstherapie (II.5.), Verhaltensstörungen (II.4.), Wunsch auf Entlassung oder Verlegung (III.2.7.) wieder. Von jedem Patienten wurde aufgeführt:

Patient Nr. (siehe Liste Anhang 1)
a) jetzige Krankheitssymptome
b) Beurteilung der Arbeitsfähigkeit
c) Verhaltensstörungen
d) Motivation
e) aus den obigen Daten erstellte Rehabilitationsprognose

Patient Nr. 1

a) Affektinkontinenz, depressive Verstimmung, antriebsgestört, verlangsamter Gedankengang
b) geringe Arbeitsleistung, wenig belastungsfähig
c) keine Verhaltensstörung
d) Angst vor Entlassung oder Verlegung
e) wegen mangelnder Arbeitsleistung Entlassung nicht möglich, zur Rehabilitation nicht motiviert.

Patient Nr. 2

a) lebhafte Halluzinationen, Antriebs- und Kontaktstörungen, gleichgültig gegenüber Lebenssituation
b) schlechte Arbeitsleistungen wegen hochgradiger Antriebsstörungen
c) sexuelle Verwahrlosungstendenzen, muß zu Körper- und Kleiderpflege angehalten werden
d) äußert keine Entlassungs- oder Verlegungswünsche
e) wegen noch bestehender Krankheitssymptome sowie Verhaltensstörungen Rehabilitation nicht möglich.

Patient Nr. 3

a) Halluzinationen und Wahnvorstellunen sexuellen Inhalts, undistanziert
b) nimmt nicht an Arbeitstherapie teil, mehrere Versuche fehlgeschlagen, wegen totaler Inaktivität der Patientin
c) aggressive Fehlhandlungen, sexuell aufdringlich, sehr nachlässig in Körper- und Kleiderpflege
d) äußert keinen Wunsch das Krankenhaus zu verlassen
e) wegen fehlgeschlagener Arbeitstherapieversuche, Verwahrlosungstendenzen und undistanziertem Verhalten nur im PLK tragbar, Rehabilitation nicht möglich.

Patient Nr. 4

a) paranoide Ideen, reagiert unadäquat gereizt, fühlt sich durch Ärzte und Pflegepersonal beeinflußt (lehnte deshalb Unterredung ab)
b) keine Teilnahme an Arbeitstherapie, Patient lehnt diese ab, er sei "krank"
c) reagiert tätlich aggressiv, ohne ersichtliche Gründe
d) äußert keine Entlassungs- oder Verlegungswünsche
e) wegen noch bestehender Krankheitssymptome, die sich in mangelnder Arbeitsleistung und aggressiven Verhaltensstörungen zeigen, Rehabilitation nicht möglich.

Patient Nr. 5

a) Verdacht auf Halluzination, schwere Kontaktstörungen
b) gute Arbeitsleistung
c) exhibitionistische Tendenzen
d) äußert keinen Wunsch auf Änderung der Lebenssituation
e) wegen exhibitionistischer Tendenzen und schweren Kontaktstörungen, Rehabilitation nicht möglich

Patient Nr. 6

a) Patient gibt nur unartikulierte Laute von sich, Verständigung nicht möglich
b) in Arbeitstherapie nicht einsetzbar, hilft auf der Station
c) stößt nachts unartikulierte Schreie aus, in Körper- und Kleiderpflege unselbständig
d) nicht zu erfahren
e) wegen Verhaltensstörungen und mangelnder Arbeitsleistung Rehabilitation nicht möglich

Patient Nr. 7

a) Patient gibt nur unartikulierte Laute von sich, befolgt einfache Anweisungen
b) keine Arbeitsleistung
c) sehr reizbar, muß gewaschen und angezogen werden, näßt und kotet verschiedentlich ein
d) nicht zu erfahren
e) wegen starkem Pflegebedürfnis und Schwachsinn Rehabilitation nicht möglich

Patient Nr. 8

a) Patient versteht differenzierte Aufforderungen, kann sich jedoch nicht äußern, stark körperbehindert
b) keine Arbeitsleistung
c) in Körper- und Kleiderpflege auf Hilfe angewiesen
d) nicht zu erfahren
e) wegen starker Pflegebedürftigkeit nicht rehabilitationsfähig

Patient Nr. 9

a) Verfolgungsideen mit lebhaften optischen Halluzinationen und starken Angstgefühlen
b) schlechte Arbeitsleistung, kann wegen Angstgefühlen die Station nicht verlassen
c) gelegentlicher Alkoholkonsum mit Rausch
d) lehnt jede Veränderung ab, fühlt sich nur auf seiner Station sicher
e) wegen starker Angstgefühle und Konzentrationsstörungen stark an Station gebunden, Rehabilitation erschwert.

Patient Nr. 10

a) spontane Krankheitsschwankungen, zeitweilig hochgradige Antriebs- und Kontaktverarmung
b) gute Arbeitsleistungen
c) keine Fehlhandlungen
d) gibt an, keinen Wunsch auf Veränderung zu haben
e) wegen Antriebs- und Kontaktverarmung Rehabilitation fraglich.

Patient Nr. 11

a) affektiv inadäquat, Antriebsstörungen, zerfahrener Gedankengang, realitätsfremdes Denken
b) stark wechselnde Arbeitsleistungen
c) neigt zur Verwahrlosung, nachlässig in Körper- und Kleiderpflege
d) diffuse, völlig unrealistische Veränderungswünsche
e) wegen bestehender Symptomatik sowie Verhaltensstörungen, die sich auf die Arbeitsleistung auswirken, Rehabilitation nicht möglich.

Patient Nr. 12

a) zeitweilige Verstimmungsstörungen, Verhalten wechselt zwischen Erregungszuständen und Antriebslosigkeit
b) wechselnde Arbeitsleistungen
c) aggressive Fehlhandlungen bei Erregungszuständen
d) möchte zur Familie zurück, die sie jedoch nicht aufnehmen kann
e) Entlassung in Familie wegen Verhaltensstörungen nicht möglich, ebenso Rehabilitation.

Patient Nr. 13

a) manirierte Sprechweise, affektiv inadäquat, haptische Halluzinationen, Wahnideen
b) geringe Arbeitsleistung, mangelnde Ausdauer
c) trinkt extrem viel, näßt ein
d) äußert keinen Wunsch auf Entlassung oder Verlegung
e) wegen geringer Arbeitsleistung und bestehenden Symptomen Rehabilitation nicht möglich.

Patient Nr. 14

a) Verwahrlosungstendenzen, Rückzug vor der Umwelt, gehemmte Motorik, katatone Zustände
b) schlechte Arbeitsleistung
c) steckt wahllos Gegenstände in den Mund, schamloses Verhalten
d) äußert keinen Wunsch auf Veränderung
e) wegen krankheitsbedingten Fehlverhaltens weiterer Verbleib unumgänglich.

Patient Nr. 15

a) grobe Unruhe, braucht Überwachung, infantile Verhaltensweisen, plump undistanziert
b) schlechte Arbeitsleistung
c) unselbständig in Körper- und Kleiderpflege, sehr undistanziert
d) kann sich dazu nicht äußern
e) wegen Unruhezuständen bei schwerer hirnorganischer Störung, Rehabilitation unmöglich

Patient Nr. 16

a) paranoide Ideen mit starker psychomotorischer Erregung, nach deren Abklingen zerfahren, gespannt, antriebsarm
b) mittlere Arbeitsleistung nach Abklingen der paranoiden Ideen
c) nach Abklingen der akuten Symptomatik keine Fehlhandlungen
d) möchte in ihre Wohnung entlassen werden, lehnt Rehabilitationseinrichtung ab
e) Patientin ist nur in geringem Umfang in der Lage sich allein zu versorgen. Wegen ihrer Ablehnung ist eine Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich, die Entlassung nach Hause ist wahrscheinlich.

Patient Nr. 17

a) paranoide Ideen, abweisend, mutistisch, manirierte Sprechweise, affektiv flach, Disimulation von Halluzinationen wahrscheinlich
b) geringe Arbeitsleistung auf der Station
c) dranghaftes Fortlaufen
d) möchte nach Hause zum Ehemann entlassen werden, lehnt Rehabilitationseinrichtung ab
e) wegen guter Beziehung zum Ehemann versuchsweise Entlassung wahrscheinlich

Patient Nr. 18

a) akustische Halluzinationen, gesteigerter mimischer Ausdruck, Neigung zu Erregungszuständen mit aggressiven Handlungen
b) schlechte Arbeitsleistungen bei allereinfachster Tätigkeit
c) aggressive Fehlhandlungen während der Erregungszustände
d) starke Mutterbindung, will nur nach Hause entlassen werden
e) wegen krankhafter Fehlhandlungen und mangelnder Motivation Verlegung oder Entlassung zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich.

Patient Nr. 19

a) völlige Standpunktlosigkeit, Antriebsarmut, Fehlen jeglichen Affektes
b) gute Arbeitsleistungen
c) keine Fehlhandlungen
d) starke Bindung an die Anstalt
e) wegen starker Bindung Verlegung oder Entlassung zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich.

Patient Nr. 20

a) affektiv flach, unsicher, ratlos, antriebsarm
b) nimmt nicht an Arbeitstherapie teil
c) keine Fehlhandlungen
d) kein Wunsch auf Veränderung
e) wegen Antriebsarmut und fehlender Motivation Entlassung oder Verlegung nicht möglich.

Patient Nr. 21

a) Halluzinationen wahrscheinlich, sehr mißtrauisch, scheu, Stereotypien
b) schlechte Arbeitsleistungen
c) keine Fehlhandlungen
d) lehnt jede Veränderung ab
e) schlechte Arbeitsleistung und fehlende Motivation machen Verlegung oder Entlassung unmöglich.

Patient Nr. 22

a) Hemiparese links, Sprachstörungen, Demenz
b) mittlere Leistungen der Körperbehinderung entsprechend
c) auf Hilfe bei Körper- und Kleiderpflege angewiesen
d) kann sich nur schwer dazu äußern, zufrieden mit seinem Leben hier
e) wegen Körperbehinderung und Pflegebedürftigkeit Rehabilitation oder Entlassung nicht möglich.

Patient Nr. 23

a) Torsionsdystonie, zur Zeit keine paranoide Symptomatik
b) gute Arbeitsleistungen
c) ist auf Hilfe beim An- und Auskleiden angewiesen
d) starke Bindung an das Krankenhaus, insbesondere an das Pflegepersonal
e) wegen starker Pflegebedürftigkeit und Fixierung an das Krankenhaus Entlassung oder Verlegung nicht möglich.

Patient Nr. 24

a) charakterliche Veränderungen (gereizt, aggressiv) nach Encephalitis, neurologische Symptomatik mit plötzlichem Tonusverlust
b) mittlere Leistungen bei einfacher Tätigkeit
c) sehr unsauber, Neigung zu aggressiven Ausbrüchen
d) wäre mit einer Verlegung in ein Altersheim einverstanden
e) Verlegung in ein geeignetes Heim möglich.

Patient Nr. 25

a) akustische Halluzinationen (imperative Stimmen), mangelndes Realitätsgefühl, undistanziert, sehr aggressiv
b) schlechte Arbeitsleistungen
c) tätlich aggressiv
d) starke Mutterbindung, will nur nach Hause entlassen werden
e) wegen bestehender Symptomatik, Entlassung oder Verlegung zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich.

Patient Nr. 26

a) völlige Zerfahrenheit, starke psychomotorische Unruhe, haptische Halluzinationen, Wahnideen, autistisches Verhalten
b) keine Arbeitsleistungen
c) sehr unsauber in Körper- und Kleiderpflege, aggressive Fehlhandlungen
d) Angst vor Veränderung
e) wegen bestehender Symptomatik Entlassung oder Verlegung nicht möglich.

Patient Nr. 27

a) akustische Halluzinationen, sehr gespannt, Patient dissimuliert stark
b) keine Arbeitsleistungen
c) neigt zu aggressiven Fehlhandlungen
d) wegen stark ambivalenter Bindung an den geschiedenen Ehemann wird die Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung abgelehnt
e) wegen mangelnder Motivation und bestehender Symptomatik Entlassung oder Verlegung nicht möglich.

Patient Nr. 28

a) Patient kann sich mit Taubstummensprache verständlich machen, sehr undistanziert
b) mittlere Arbeitsleistungen
c) ißt unmäßig
d) kann sich zu diesem Punkt nicht äußern
e) Entlassung nach Hause oder in ein Heim wegen starker Unruhe nicht möglich.

Patient Nr. 29

a) akustische Halluzinationen, unrealistisches Wunschdenken, Antriebsarmut
b) mittlere Leistungen in der Arbeitstherapie
c) unselbständig in Körper- und Kleiderpflege
d) Patient glaubt allein auf sich gestellt leben zu können, möchte sich ein Zimmer nehmen und in der Fabrik arbeiten
e) Entlassung nicht möglich, Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung in Kürze vorgesehen.

Patient Nr. 30

a) unrealistisches Wunschdenken, kein Anhalt für gröbere psychotische Symptome
b) gute Arbeitsleistungen
c) keine Fehlhandlungen
d) lehnt Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung ab, möchte trotz schlechter Beziehungen zur Mutter und zu den Geschwistern nach Hause entlassen werden
e) trotz mangelnder Motivation soll der Rehabilitationsversuch gemacht werden.

Patient Nr. 31

a) hochgradige Zerfahrenheit, Wahnideen, mangelndes Zeitgefühl
b) schlechte Arbeitsleistungen
c) plötzliche Tätlichkeiten, sehr unselbständig in Körper- und Kleiderpflege, mangelndes Schamgefühl
d) möchte nach Hause entlassen werden
e) wegen bestehender schizophrener Symptomatik und daraus resultierender Folgeerscheinungen Entlassung oder Verlegung nicht möglich.

Patient Nr. 32

a) zum Zeitpunkt der Untersuchung agitiert depressiv
b) keine Teilnahme an der Arbeitstherapie
c) unmotiviertes Lachen, sehr unsauber, sexuelle Fehlhandlungen
d) will nach Hause oder allein leben
e) Entlassung oder Verlegung wegen bestehender Symptome und mangelnder Teilnahme an der Arbeitstherapie nicht möglich.

Patient Nr. 33

a) epileptische Anfälle, Erregungszustände, jedoch in abklingender Frequenz
b) mittlere Arbeitsleistungen
c) neigt zu Aggressionen
d) wünscht Verlegung in ein Altersheim
e) Verlegung in ein Heim bei weiter sinkender Anfallsfrequenz möglich.

Patient Nr. 34

a) stark kritikgemindert, jedoch freundlich und zugänglich
b) mittlere Leistungen in der Arbeitstherapie
c) keine Fehlhandlungen
d) keine eindeutigen Angaben über Entlassungswünsche
e) wegen schwerem Krankheitsverlauf mit zeitweiligen Verstimmungszuständen Rehabilitation erschwert.

Patient Nr. 35

a) ängstlich, ablehnend, zur Zeit kein Anhalt für psychotische Symptome
b) gute Arbeitsleistungen
c) keine Fehlhandlungen
d) starke Bindung an einen Mitpatienten, Angst vor der Außenwelt, Angst vor Verlegung
e) wegen mangelnder Motivation Entlassung oder Verlegung zur Zeit nicht möglich.

Patient Nr. 36

a) starke Zerfahrenheit, imperative Stimmen, inadäquater Affekt, motorische Unruhe
b) schlechte Arbeitsleistungen
c) keine Fehlhandlungen
d) will nach Hause entlassen werden
e) da die Ehefrau sehr kooperativ ist, ist die Entlassung nach Hause nach Abklingen der akuten Symptomatik möglich.

Patient Nr. 37

a) starke Anfallsfrequenz trotz Antiepileptika, Schwachsinn
b) schlechte Arbeitsleistungen
c) Neigung zu Aggressionen
d) kann sich schlecht dazu äußern
e) wegen fortdauernder Anfälle starke Pflegebedürftigkeit, Entlassung oder Verlegung nicht möglich.

Patient Nr. 38

a) stark kritikgemindert, schwachsinnig
b) mittlere Arbeitsleistungen
c) neigt zum Entweichen, aggressive Fehlhandlungen
d) möchte unbedingt zu seiner Freundin entlassen werden
e) wegen starker Kritikminderung und Neigung zu Fehlhandlungen Entlassung oder Verlegung nicht möglich.

Patient Nr. 39

a) distanzlos, klebrig, Kontakt wegen Sprachfehler erschwert
b) gute Arbeitsleistungen, als Putzhilfe auf Stationen eingesetzt
c) keine gröberen Fehlhandlungen
d) möchte gern zu Angehörigen entlassen werden
e) wegen Schwachsinns und hirnorganischer Wesensveränderung für Angehörige nicht tragbar, Entlassung oder Verlegung nicht möglich.

Zusammenfassende Rehabilitationsprognose der untersuchten Patienten

Auf Grund des Untersuchungsbefundes, der Arbeitsbeurteilung und der festgestellten Verhaltensstörungen, sowie gemäß der geäußerten Wünsche auf Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung oder auf Entlassung konnte man die Patienten in folgende Gruppen einteilen:

1. Entlassung möglich:

   a) in ein Altersheim — 2 Patienten (O(ligophrene und anders hirnorganisch Kranke) = 2)
   b) nach Hause — 3 Patienten (P(sychotiker) = 3)

2. Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung möglich:

   2 Patienten (P=2)

3. Weitere Hospitalisierung unumgänglich: 32 Patienten (P=21)
(O=11)

Die Gruppe der 32 Patienten, für die eine weitere Hospitalisierung notwendig erscheint, konnte noch, und zwar nach den Gründen, die eine Entlassung unmöglich machten, weiter unterteilt werden. Dazu ist zu bemerken, daß bei vielen Patienten nicht nur ein einziger Grund vorlag, jedoch ist der Grund angeführt worden, der unserer Meinung nach hauptsächlich gegen eine Entlassung oder Verlegung sprach.

Danach ergab sich, daß bei 24 Patienten (P=14, O=9, S=1) bestehende Krankheitssymptome die Rehabilitation verhinderten oder erschwerten. Bei 5 Patienten (P=5) bestand eine starke Fixierung an das Krankenhaus und bei 2 Patienten (P=2) verhinderten schwere Verhaltensstörungen die Rehabilitation.

4. DISKUSSION

"Das Ziel der Rehabilitation von chronisch Kranken ist es jede Art der Behinderung des Einzelnen nach Möglichkeit zu reduzieren oder kompensatorisch wettzumachen" definierte dies Uchtenhagen (1973). Die therapeutischen Maßnahmen, die eine Rehabilitation der chronisch Kranken zum Ziel haben, müssen somit auf die Art der Behinderung und auf die Möglichkeiten der einzelnen Patienten abgestimmt sein. Dazu ist eine genaue Kenntnis der jeweiligen Lebensumstände vonnöten, die nicht nur die momentane Situation im Krankenhaus berücksichtigt, sondern auch die Vorgeschichte sowie die Einstellung zur Krankheit und Rehabilitation. Diese Umstände bei einer ausgewählten Gruppe von chronisch Kranken darzustellen und sie verschiedenen Untergruppen zuzuordnen war Ziel dieser Arbeit.

4.1. Der Landkreis Bergstraße und seine Bevölkerung

Da die folgende Untersuchung vom PLK Heppenheim ausging, wurde der Landkreis Bergstraße ausgewählt, der ein Teil des Einzugsgebietes dieses Krankenhauses ist. Dieser Landkreis liegt im Süden des Landes Hessen und hat insgesamt 237000 Einwohner in 38 Gemeinden. Die Kreisstadt Heppenheim mit 23000 Einwohnern ist einer der drei mittelgroßen Städte. Der Landkreis ist durch vorwiegend kleinstädtisches bis dörfliches Milieu gekennzeichnet, eine Ausnahme bildet die Stadt Viernheim am Rande des industriellen Ballungsgebietes Mannheim/Ludwigshafen. Mittlere und kleine Betriebe, sowie Landwirtschaft prägen das Erwerbsmilieu.

4.2. Das PLK Heppenheim und andere Einrichtungen zur Behandlung und Pflege psychisch Kranker der Umgebung

Das PLK Heppenheim mit 499 Betten ist für die stationäre Versorgung psychisch Kranker dreier Landkreise mit insgesamt 450.000 Einwohnern zuständig; nicht versorgt werden Jugendliche unter 18 Jahren, psychisch kranke Rechtsbrecher sowie stark pflegebedürftige Oligophrene. Die 499 Betten sind auf 15 Stationen verteilt, wobei 4 Stationen zur Behandlung akut Kranker zur Verfügung stehen, 4 für geriatrische Fälle und 7 für chronisch Kranke. Eine der 7 Stationen für chronisch Kranke ist für die intensive Förderung und Vorbereitung von Patienten zur Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung eingerichtet.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung waren 15 Ärzte, ein Psychologe, 2 1/2 Sozialarbeiter, eine Beschäftigungstherapeutin, sowie 138 Pfleger und Schwestern zur Behandlung der Patienten eingesetzt. Zum Krankenhaus gehört ein Gebäude für Arbeits- und Beschäftigungstherapie; mehrere krankenhauseigene Werkstätten dienen bei Bedarf ebenfalls der Arbeitstherapie. (Eine ausführliche Darstellung der angebotenen Arbeitstherapie findet sich in Anhang 4).
Das PLK Heppenheim arbeitet eng zusammen mit einer Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke, dem "Heim Schütz" in Asbach.

4.3. Vergleich der Ergebnisse mit denen anderer Autoren

Im folgenden Abschnitt sollen die von uns ermittelten Daten mit denen anderer Autoren verglichen werden, um aufzuzeigen, ob und in welcher

Weise sich die von uns untersuchten Patienten von denen anderer Krankenhäuser unterscheiden.

Da die Abschnitte über Urteil des Pflegepersonals und der Patienten (Teile II und III des Fragebogens) in der vorliegenden Form in der uns bekannten Literatur nicht berücksichtigt werden, werden sie lediglich in der Diskussion über die Rehabilitationsprognose berücksichtigt. Die von uns angegebenen Zahlen beziehen sich nur auf psychotische Patienten.

Ein Vergleich der Anzahl der vorhandenen Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen und Pflegekräfte mit denen von Schulte (1970) und Degkwitz und Schulte (1971) veröffentlichten Werke, ergibt deutlich positivere Verhältnisse für das PLK Heppenheim, wie aus der Tabelle 14 zu ersehen ist.

TABELLE 14: VERGLEICH VON BETTENZAHL,ARZTZAHL UND HILFSPERSONAL DES PLK HEPPENHEIM MIT PLKs IN BADEN-WORTTEMBERG UND DER BUNDESREPUBLIK

VERHÄLTNIS VON	PLK HEPPENHEIN	PLKS BADEN-WÜRTTEMBERG	PLKS BUNDESREPUBLIK
BETTENZAHL/ ARZT	33:1	53:1	64:1
BETTENZAHL/ PSYCHOLOGE	499:1	618:1	527:1
BETTENZAHL/ SOZIALARBEITER	200:1	384:1	-
BETTENZAHL PRO PFLEGEKRAFT	3,6:1	4,4:1	4,5:1

Das Alter zu der vorliegenden Studie herangezogenen Patienten lag zwischen 22 - 60 Jahren, wobei die obere Grenze durch die Auswahlmethode bedingt war. Mayer und Hartmann (1967) fanden für chronisch hospitalisierte Schizophrene ein Durchschnittsalter von 54 Jahren. Wenn von uns die Patienten über 60 Jahre in die Statistik miteinbezogen werden (Tabelle 3, S. 7), erhalten wir ein Durchschnittsalter von 56 Jahren.

Der Anteil der weiblichen Schizophrenen entspricht mit 57,7 % in etwa dem von Mohns (1966) ermittelten Anteil von 54,5 %. Kauert (1967) bestimmte am Göttinger Landeskrankenhaus den weiblichen Anteil mit 56,6 %.

Bleuler (1972) fand psychische Störungen unter den Eltern Schizophrener häufiger als in der Normalbevölkerung. Bei den von ihm untersuchten Patienten fand er 5 - 7 % sichere Schizophrenien unter den Eltern. Die Eltern der von uns untersuchten Patienten wiesen in 14 von 25 Fällen psychische Auffälligkeiten auf, darunter auch Schizophrenien. Gestörte Familienverhältnisse in der Ursprungsfamilie (Tod oder Scheidung der Eltern, Heimerziehung) stellten Schüttler et al. (1973) bei 29,9 % der spätkatamnestisch untersuchten Schizophrenen fest. Degkwitz et al. (1973) fanden nur in 51 % Intaktheit der Familie bei langfristig hospitalisierten Kranken, Gross et al. (1973) fanden bei den aus gestörten Familienverhältnissen entstammenden Patienten eine etwas ungünstigere Prognose als im Gesamtkollektiv. Die in Heppenheim untersuchten Patienten wiesen in 77 % Intaktheit der Erstfamilie auf.

Bleuler (1972) fand vorzeitigen Elternverlust bis zum 15. Lebensjahr um weniges häufiger als in der Gesamtbevölkerung bei 1319 untersuchten Kranken. In Bezug auf die Schichtzugehörigkeit fanden wir Patienten der Unterschicht mit 33 %, die der unteren Mittelschicht mit 48 % vertreten. Nur 19 % gehörten der mittleren bis oberen Mittelschicht an. Die Schichtenordnung wurde nach Berufskategorien der Elternfamilie vorgenommen (Tabelle 6, S. 10). Schüttler et al. (1973) fanden bei 43,7 % der Patienten eine Zugehörigkeit zur Unterschicht, bei 42,3 % zur Mittelschicht.

Gross et al. (1973) betont die Bedeutung des Schulerfolges in Bezug auf spätere Vollremmission. Diese Autoren berichten über 16 % Schulversager, 23,8 % mit abgeschlossener Volksschulbildung und 32 % mit weiterführender Schulbildung. Sie weisen auf eine Studie von Funk und Musanik hin, aus der hervorging, daß im PLK Weißenau Schulversagen bei dauerhospitalisierten Patienten überrepräsentiert war. Dies trifft auch auf die untersuchten Patienten im PLK Heppenheim zu. Wir fanden Schulversagen bei 33 % der untersuchten Psychotiker. 76 % der Untersuchten haben keine abgeschlossene Berufsausbildung, davon haben 57,5 % keine Lehre angefangen. 24 % der Patienten haben die handwerkliche Lehre abgeschlossen. Degwitz et al. (1973) fand bei vergleichbaren Kranken die Gruppe der Patienten mit nichtbegonnener oder abgebrochener Berufsausbildung mit 64 % vertreten.

67 % unserer Patienten waren vor der Ersthospitalisierung ledig, bei den Verheirateten wurden 2/3 der Ehen nach der 2. oder 3. Hospitalisierung geschieden. Degkwitz et al. (1973) erwähnt eine Ledigquote von 89 %, von Schüttler et al. (1973) werden 45,6 % Ledige angeführt.

Wichtig für eine spätere Rehabilitation halten wir die selbständige Lebensführung vor Ausbruch der Erkrankung. Als wichtige Kriterien der selbständigen Lebensführung zählten wir Berufstätigkeit und eigenen Haushalt. Bei den weiblichen Patienten war dieses Kriterium sehr viel schwerer abzuwägen. Durch die traditionsgemäß stärkere Abhängigkeit der Mädchen von der Familie hätte die Ausübung eines Berufes in manchen Fällen gegen die "guten Sitten" verstoßen. Ob die Mithilfe im elterlichen Betrieb aus obengenannten Gründen erfolgte oder aus Lebensuntüchtigkeit, ist im Nachhinein auch durch die Aussagen der Patienten nicht sicher zu rekonstruieren. Die folgenden Angaben beziehen sich deshalb auf männliche Patienten. Von diesen waren 56 % vor ihrer Erkrankung selbständig. Luxemburger (1970) berichtet über kranke Männer im Heim Schütz und fand unter diesen 58 %, die vor der Erkrankung nicht selbständig waren.

Grobe Auffälligkeiten in der Primärpersönlichkeit zeigten 7 Patienten (26 %), dabei wurde sexuell deviantes Verhalten, starker Alkoholkonsum und Vorstrafen beschrieben.

Einen Hinweis auf prämorbides Kommunikationsverhalten gaben Eintragungen wie: "Einzelgänger", "immer sehr zurückgezogen". Die Selbstbeurteilung der Patienten macht dies deutlicher; so berichten 51 %, nie Freunde gehabt zu haben. Schüttler et al. (1973) fanden bei 31,5 % der dauerhospitalisierten Kranken ein gestörtes Kommunikationsverhalten. Bleuler (1972) erwähnte, daß bei 30 % der untersuchten Züricher Patienten die präpsychotische Persönlichkeit als unauffällig beschrieben wurde. Unter den Klinikinsassen zeigte sich eine positive Korrelation zwischen präpsychotischer schizoider Psychopathie und ungünstigen Verläufen.

Einen Überblick über den Gesamtkomplex stationäre Behandlung gibt die Graphik Anhang 5.

Wir ermittelten in Bezug auf das Ersterkrankungsalter folgende Werte:

	Männer	Frauen
niedrigstes Ersterkrankungsalter	15 J.	16 J.
höchstes Ersterkrankungsalter	24	40
mittleres Ersterkrankungsalter	33	27

Bei 11 % der Patienten im PLK Heppenheim führte die erste Aufnahme zur Dauerhospitalisierung. Kauert (1967) fand in 46 % und Meyer und Hartmann (1967) in 32 % eine Dauerhospitalisierung aller Erstaufnahmen.

Die am häufigsten beobachteten Krankheitssymptome während der gesamten Behandlungsdauer waren akustische Halluzinationen, gefolgt von formalen Denkstörungen, Wahnideen sowie optischen Halluzinationen und abnormen Körpersensationen. Dieser Symptomenkomplex entspricht den von Lange (1965) gemachten Beobachtungen, welche die paranoid-halluzinatorischen Symptome am häufigsten diagnostiziert sah.

Das Gefühl der Kraftlosigkeit, zwanghafte Symptomatik, sexuelle Fehlhandlungen wurden bei männlichen Patienten häufiger gefunden, während bei den Frauen katatone Symptome häufiger beschrieben wurden.

Sämtliche Patienten aus der Gruppe der Schizophrenen wurden während des stationären Verlaufs neuroleptisch behandelt, bei 12 Patienten von insgesamt 26 wurden somatische Behandlungsweisen angewandt.* In

*Bei 9 Patienten wurden zuletzt vor 13 Jahren"somatische Kuren" angewandt.Drei Patienten wurden bis 1972 bzw.73 in anderen Krankenhäusern behandelt und bis zu diesem Zeitpunkt somatisch therapiert.

diesen Fällen wurden Cardiazol-, Insulin- und Elektroschock-Behandlung durchgeführt. Eine Patientin wurde leukotomiert. Das entspricht einem somatisch behandelten Patientenanteil von 45 %. Eicke (1973) beobachtete einen Zusammenhang zwischen "somatischen Kuren" und Behandlungsmißerfolg, das heißt langjähriger Hospitalisierung. So fand er bei 75 Patienten, die länger als 5 Jahre ohne Behandlungserfolg in stationärer Behandlung waren 39 (52 %), die mit Elektro- oder Insulinschock behandelt worden waren.

Der Vergleich unserer Daten mit denen anderer Autoren zeigt, daß größere Unterschiede in einigen Aspekten vorhanden waren. Deutlich positive Werte ergaben die Punkte therapeutische Versorgung (Bettenzahl pro Arzt, Psychologen, Sozialarbeiter und Pflegepersonal) und Intaktheit der Ursprungsfamilie. In Hinblick auf Schichtzugehörigkeit, Schulbildung und Berufsausbildung, die unserer Meinung nach eng miteinander verknüpft sind, waren die in Heppenheim untersuchten Patienten denen anderer Autoren unterlegen. Diese Unterlegenheit ist sicherlich zum Teil auf die Besonderheiten des Einzugsgebietes zurückzuführen, ländliche Gemeinden mit schlechten Schul- und Berufsausbildungsmöglichkeiten.

Insgesamt ist jedoch festzustellen, daß die relativ kleine Krankengruppe, die wegen ihrer Zugehörigkeit zu einem bestimmten Kreis ausgewählt wurde, durchaus Parallelen aufweist zu größeren Gruppen, und daß unsere weiteren Ergebnisse möglicherweise von allgemeiner Bedeutung sind.

4.4. Rehabilitationsprognosen

4.4.1. Rehabilitationsprognose für chronisch Kranke im PLK Heppenheim, die nicht an Schizophrenie leiden

Wie schon in Absatz IV der Ergebnisse dieser Untersuchung zu ersehen war, ist ein Großteil aller untersuchten Patienten nicht in der Lage, ohne stationäre Therapie auszukommen. Dies trifft auch zu, wenn die nicht schizophren Erkrankten gesondert betrachtet werden. Von 13 Patienten, die in den Tabellen als Oligophrene und anders hirnorganisch Kranke aufgeführt werden, konnten 2 zur Entlassung in ein Altersheim vorgeschlagen werden. Es handelte sich um eine Patientin (Nr. 33) mit genuiner Epilepsie und schwerer Wesensveränderung. Auf Grund der Veränderung war es früher zu schweren aggressiven Handlungen gekommen. Jetzt jedoch, im 52. Lebensjahr und nach 35-jährigem Anstaltsaufenthalt, ist es zum Sistieren der Anfälle gekommen und ebenfalls zum Abklingen der vorher extremen Reizbarkeit. Verwandte, die bereit wären, sie aufzunehmen, waren nicht vorhanden. Bei der zweiten Patientin (Nr. 24) handelt es sich um einen Zustand nach Encephalitis mit narkoleptischen Anfällen und mit Persönlichkeitsveränderungen im Sinne von Antriebsverarmung. Ebenfalls hier sind keine Verwandten vorhanden. Beide Patientinnen wurden auf eigenen Wunsch in ein Altersheim verlegt. Eine Patientin (Nr. 23), die diagnostisch ebenfalls zu den Nicht-Schizophrenen gehört, wird mit in Abschnitt 4.4.2. aufgeführt, da sie bezüglich der Rehabilitation ähnliche Probleme bietet wie Schizophrene.

Bei den restlichen 10 Patienten handelt es sich um Oligophrene oder anders hirnorganisch Kranke (M. Little, M. Sturge-Weber, Lues connata, schwere Epilepsien mit therapieresistenten Anfällen). Alle sind hochgradig pflegebedürftig und somit ist eine weitere Hospitalisierung nicht zu umgehen.

Eine Patientin (Pat. Nr. 1) mit langjähriger Alkohol- und Tablettensucht ist bei einem Defektbild mit Stimmungslabilität und geringer Belastbarkeit, wie sich während der Arbeitstherapie gezeigt hatte, nicht für eine Rehabilitation geeignet.

4.4.2. Die Gruppe der Schizophrenen und ihre Rehabilitationsprognose

Die 25 von uns untersuchten Patienten mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis lassen sich auf Grund ihrer Rehabilitationsprognose wie folgt einordnen:

1. Zur Entlassung in Kürze vorgeschlagen: 3 Patienten
2. Rehabilitationsmaßnahmen für möglich gehalten: 2 Patienten
3. Weitere Hospitalisierung unumgänglich: 21 Patienten
   a) wegen stark beeinträchtigender Symptomatik: 14 Patienten
   b) wegen Fixierung an das Krankenhaus (Pflegepersonal oder Mitpatienten): 5 Patienten (darunter 1 Patientin mit einer Torsionsdystonie)
   c) wegen grober Verhaltensstörungen: 2 Patienten

Im folgenden sollen zur besseren Erläuterung der Problematik die in den obigen Gruppen zusammengefaßten Patienten stichwortartig vorgestellt werden, um zu ersehen, ob sich Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Vorgeschichte und Verlauf herausfinden lassen.

4.4.2.1. Entlassung in Kürze vorgesehen

Patientin Nr. 16

I+ Keine Psychosen in der Familie, Vater Händler, mittelmäßige Schülerin, kein Sitzenbleiben, keine Berufsausbildung, als Köchin gearbeitet, später Anlerntätigkeit in der Fabrik. Patientin ist ledig, ein Sohn, wird in sexueller Hinsicht als triebhaft geschildert, wegen eines "kriminellen Abortes" ein halbes Jahr Gefängnis, war vor der Erkrankung selbständig in ihrer Lebensführung.
1. Hospitalisierung 1942, von 1954 - 1974 21 Aufnahmen, jedoch nie länger als ein halbes Jahr hospitalisiert.
Diagnosen: Mischpsychose, schizophrene Psychose.
Symptomatik: akustische Halluzinationen, paranoide Ideen, anfangs hochgradige Erregung.
Keine Rehabilitationsversuche; Therapie: E-Schock und Neuroleptika.
Patientin ist seit 10 Jahren aus Krankheitsgründen berentet.

II Urteil des Pflegepersonals: keine Kontakte zur Außenwelt, guter Kontakt zum Pflegepersonal, sucht Umgang mit anderen Patienten, keine gröberen Verhaltensstörungen. Nimmt an Arbeitstherapie teil, jedoch geringe Ausdauer bei allereinfachster Tätigkeit.

III Urteil der Patientin: "schöne Kindheit", Verhältnis zu Eltern und Geschwistern gut, viele Freundinnen, sei in der Schule immer gut mitgekommen, keine Lehre, wollte gleich Geld verdienen. Kein Interesse an Männern, sei vom Vater ihres Kindes hereingelegt worden, danach keine festen Freundschaften. Sie hänge sehr an ihrem Sohn, dieser sei jedoch im Heim aufgewachsen. Jetzt bekomme sie keinen Besuch von ihm, sie wolle ihn lieber zu Hause sehen. Jetzt spiele sie gern Halma und andere Brettspiele, ansonsten gehe sie früh zu Bett. Für eine Rehabilitation sei sie zu alt, sie wolle in ihre Wohnung.

+ Die römischen Ziffern beziehen sich auf die einzelnen Abschnitte des beigefügten Fragebogens.

IV Patientin wird neuroleptisch behandelt, ist auf einer offenen Station. Bei der Untersuchung kein Anhalt für psychotische Symptome, macht den Eindruck einer primitiven Persönlichkeit, kein Krankheitsbewußtsein. Versuchsweise Entlassung wahrscheinlich.

Patientin Nr. 17

I Keine Eintragungen über Psychosen in der Familie. Vater Landwirt, Eltern früh gestorben, von ältester Schwester erzogen. Volksschule ohne zu wiederholen. Keine Berufsausbildung, im Haushalt oder Fabrik gearbeitet bis 1961.
Patientin ist verheiratet, vor der Ehe sterilisiert (Gründe nicht bekannt).
Beginn der Erkrankung 1958, zuerst ambulante Behandlung. Erste Hospitalisierung 1962. 10 Aufnahmen, längste Behandlungsdauer 7 Monate.
Diagnose: Paranoid halluzinatorische Schizophrenie
Symptome: ängstlich, mißtrausich, Verfolgungsideen, akustische Halluzinationen, Manirismen, tagelanges Herumirren, Suicidversuche.
Therapie: Neuroleptika. Keine Rehabilitationsversuche.

II Urteil des Pflegepersonals: Regelmäßige Besuche des Ehemannes und Beurlaubung nach Hause, wenig Kontakt zu Schwestern, Kontakt zu Mitpatienten wird abgelehnt. Keine gröberen Verhaltensstörungen, lehnt Teilnahme an Arbeitstherapie ab, hilft jedoch auf der Station.

III Urteil der Patientin: habe keine Erinnerung an Eltern, ältere Schwester sei wie eine Mutter zu ihr gewesen, immer gut in der Schule. Nach der Schule im Haushalt gearbeitet, nie an Lehre gedacht. Bis 1961 in der Fabrik gearbeitet.
Freundinnen habe sie nie gehabt, und auch nicht vermißt, nur kurze Männerbekanntschaften, ihren Ehemann habe sie sehr gern. Kinder habe sie nie gewollt (!).
Jetzt fühle sie sich gesund, früher habe sie viel geweint, vielleicht sei sie damals krank gewesen.

Ihren Haushalt könne sie gut versorgen, verstehe sich gut mit allen, freue sich auf Besuche des Ehemannes. Interesse an Freizeitbeschäftigungen habe sie überhaupt nicht. Sie wolle zu ihrem Mann und nirgendwo sonst hin.

IV Patientin wird neuroleptisch behandelt, geschlossene Station, weil Patientin Verlegung ablehnt, kein Ausgang. Kein Krankheitsgefühl, völlige Kritiklosigkeit, spricht nicht spontan, affektiv steif, Verdacht auf Dissimulation. Versuchsweise Entlassung möglich wegen guter Zusammenarbeit mit Ehemann.

Patient Nr. 36

I Erbliche Belastung nicht erwähnt, von Großeltern erzogen, da Eltern nicht verheiratet, aber im selben Haushalt gelebt, ein Bruder.
8 Jahre Volksschule, danach Schreinerlehre abgebrochen wegen Übersiedlung in die BRD, hier im Schrotthandel gearbeitet, später selbständig.
Patient ist verheiratet, keine Kinder, selbständig in der Lebensführung. 11 Vorstrafen wegen Hehlerei und kleinerer Diebstähle.
1960 Krankheitsbeginn und 1. Hospitalisierung, bis 1970 27 Aufnahmen, längste Behandlungsdauer 4 Monate.
Diagnosen: Paranoid halluzinatorische Schizophrenie
Symptome: Schuld- und Versündigungsideen, optische und akustische Halluzinationen, inadäquater Affekt, zerfahrenes Denken.
Therapie: Neuroleptika, keine Rehabilitationsversuche.
Patient ist seit 1965 berentet.

II Urteil des Pflegepersonals: Regelmäßige Besuche der Ehefrau und Wochenendurlaub. Kein Kontakt zu Mitpatienten und Pflegern. Unsauber in Körper- und Kleiderpflege, distanzlos, küßt wahllos Mitpatienten. Keine aktive Teilnahme an Arbeitstherapie, läuft dort nur herum.
Äußert Entlassungswünsche nach Hause.

III Urteil des Patienten: Habe "schöne Kindheit" gehabt, habe ohne Schwierigkeiten die einklassige Volksschule besucht, viele Freunde. Die Lehre habe er wegen der Übersiedlung abgebrochen. Immer viel gearbeitet, nur kurze Frauenbekanntschaften, nur mit der Ehefrau sei er länger befreundet gewesen. Verstehe sich jetzt gut mit ihr, nur habe er eine Wut auf sie, weil sie ihn immer ohne Grund ins PLK bringe. Weitere Auskünfte lehnt der Patient ab.

IV Neuroleptische Behandlung, geschlossene Station, Parkausgang. Patient wirkt mißtrauisch gespannt, lehnt ohne Angabe von Gründen weitere Auskünfte ab. Versucht Halluzinationen zu dissimulieren, kein Krankheitsgefühl.
Wegen guter Zusammenarbeit mit Ehefrau Entlassung nach Hause wahrscheinlich.

Die Krankengeschichten dieser 3 Patienten zeigen uns, daß hinsichtlich der Vorgeschichte keine groben Auffälligkeiten vorliegen. Alle Patienten sind in der Familie bzw. in familienähnlichen Verhältnissen aufgewachsen und haben die Volksschule ohne Schwierigkeiten absolviert. Die fehlende oder abgebrochene Berufsausbildung ist in allen drei Fällen auf äußere Umstände zurückzuführen; alle waren vor der Erkrankung selbständig. Lediglich die Ablehnung von Freundschaften im Fall von Patient (Nr. 17) und das Vorstrafenregister bei Patient (Nr. 36) sind als Anahlt für Auffälligkeiten in der prämorbiden Persönlichkeit anzusehen.

Bezüglich des Ersterkrankungsalters liegen keine Gemeinsamkeiten vor. Die Behandlungsdauer war relativ kurz bei hohen Wiederaufnahmequoten.

Es stellt sich die Frage, ob bei diesen Patienten die Symptomatik besonders schnell abklang oder ob nicht andere Faktoren vorliegen, die eine schnelle Entlassung begünstigen. Bei der Patientin (Nr. 16) ist das Beibehalten der Wohnung von großer Bedeutung, während bei den beiden anderen Patienten das Vorhandensein von kooperativen Ehepartnern die Entlassung erleichtert. Faktoren also, die ganz unabhängig von der Erkrankung sind. Wenn auch diese Patienten als kontaktarm, wenn nicht sogar als abweisend geschildert wurden, sind die sozialen Beziehungen zu den Ehepartnern, die sie vor der Erkrankung aufbauten, so stabil, daß sie trotz Belastung durch die Krankheit weiterhin tragfähig erscheinen.

Obwohl diese 3 Patienten kurz vor der Entlassung stehen, ist doch nicht zu übersehen, daß sie zu den sogenannten "Drehtür-Patienten" gehören. Da sie die Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung ablehnen, und auch die Notwendigkeit der beruflichen Rehabilitation nicht vorhanden ist (2 Patienten beziehen eine Rente, die dritte wird von ihrem Mann unterhalten), wäre hier an andere Formen der extramuralen Rehabilitation zu denken.

4.4.2.2. Zur Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung vorgesehen waren 2 Patienten

Patientin Nr. 30

I Mutter wird als psychisch auffällig geschildert, aufgewachsen bei den Eltern, 3. Kind von 8 Geschwistern, Vater Arbeiter. Patientin wurde erst mit 7 Jahren eingeschult, 1. Klasse wiederholt, als Näherin in Fabrik angelernt, später allereinfachste Tätigkeit (Tütenkleben).

Immer bei den Eltern gelebt bis zum Auftreten häuslicher Schwierigkeiten, 1967 ein Jahr Heimaufenthalt.
Perinataler Hirnschaden wahrscheinlich, verzögerte frühkindliche Entwicklung.
Krankheitsbeginn 1969, 4 Aufnahmen, längste Behandlungsdauer 2 Jahre.
Diagnosen: Hebephrenie
Symptome: Vergiftungsideen, Gedankengang aufgelockert, unmotiviertes Lachen, Nahrungsverweigerung, Verdacht auf Halluzinationen.
Therapie: Neuroleptika. Rehabilitationsversuch 1969 auf Wunsch der Patientin abgebrochen.

II Kontakt zu einem Freund, der sie regelmäßig besucht (ehemaliger Patient). Kein Besuch der Eltern, Patientin sondert sich von Mitpatienten ab. Sehr gute Leistungen in der Arbeitstherapie. Wird als fähig beurteilt, Anforderungen der Rehabilitation zu genügen.

III Beurteilt Kindheit als glücklich, wenig Kontakt zu Geschwistern, jedoch mehrere Freundinnen, mehrere Männerbekanntschaften mit sexuellen Kontakten, jedoch keine längere Freundschaft.
Die Schule haben sie ungern besucht, habe sich schwer getan. Nur 6 Jahre Volksschule, deshalb keine Lehre. Habe gern als Näherin gearbeitet.
Früher habe sie sich krank gefühlt, jetzt sei sie ganz gesund und zu Unrecht so lange hierbehalten worden. Sie glaube hier nicht richtig arbeiten zu können. Mitpatienten seien zu langsam. Keine engeren Beziehungen zu Mitpatienten, man könne nicht richtig mit ihnen reden, nur mit einem habe sie sich angefreundet, der sei jedoch schon entlassen und wolle sie heiraten. Die Eltern besuchten sie nicht, die hätten keine Lust. An Weihnachten habe ihre Mutter sie ständig bevormunden wollen. Jetzt höre sie gern Popmusik, gehe gern ins Kino und sehe Filme im Fernsehen an.
Nach der Entlassung wolle sie am liebsten gleich zu ihrem

Freund, doch sei es sicher schwer für sie eine Arbeit zu finden, deshalb sei sie bereit nach Asbach zu gehen, obwohl der erste Aufenthalt ihr schwer gefallen sei.

W Patientin erhält keine Medikamente, offene Station, Ausgang. Patientin wirkt affektiv flach, zeigt infantile Erwartungsansprüche, ist jedoch nach eingehender Unterredung in der Lage, ihre Situation realistisch einzuschätzen. Eine Rehabilitation scheint erforderlich, da wegen ablehnender Haltung der Eltern die Rückkehr ins Elternhaus nicht möglich ist und für ein Alleinleben eine Arbeitserprobung und größere Selbständigkeit notwendig ist.

Patient Nr. 29

I Ein Bruder des Patienten schizophren. Bei den Eltern aufgewachsen. 8 Jahre Volksschule, eine Klasse wiederholt, Bäckerlehre absolviert, jedoch als Gleisarbeiter gearbeitet (besserer Verdienst).
Patient ist ledig, 7 mal vorbestraft wegen Einbruchsdiebstahl. Insgesamt 5 Jahre Gefängnis.
Krankheitsbeginn mit 25 Jahren während eines Gefängnisaufenthaltes, 1967 - 1972 4 stationäre Behandlungen, ab 1972 PLK Heppenheim.
Diagnosen: paranoid halluzinatorische Schizophrenie
Symptome: stuporös, akustische und optische Halluzinationen, Wahnideen, oneroide Zustände, hochgradige Erregung.
Therapie: Neuroleptika, Rehabilitationsversuch 1973 wegen mangelnder Arbeitsleistung abgebrochen.
Patient bezieht seit 1970 eine Rente, steht unter Vermögenspflegschaft.

II Regelmäßiger Besuch der Eltern. Nur zu einem Pfleger Kontakt (Schulkamerad). Versuchte sexuelle Kontaktaufnahme bei Mitpatienten. Nachlässig in Körper- und Kleiderpflege. Seit kurzem Arbeit in der Therapiekolonne, mittlere Leistungen.

III "Schöne Kindheit", in der Schule schlecht mitgekommen. Lehre habe ihm Spaß gemacht. Als Bäcker habe er zu früh aufstehen müssen und sei zu schlecht bezahlt worden. Er habe Freunde unter den Arbeitskollegen gehabt, früher habe er gern gelesen (Karl May). Jetzt fühle er sich gesund, sei nie krank gewesen, nur einsam, jetzt sei er voll arbeitsfähig, könne draußen arbeiten und sich selbst ernähren. Nach Asbach ginge er jedoch auch.

IV Patient wird neuroleptisch behandelt, offene Station, Ausgang. Patient wirkt erheblich kritikgemindert, standpunktlos, antriebsarm. Es besteht kein Anhalt für psychotische Denkinhalte, der Patient ist jedoch nicht in der Lage selbständig zu leben, deshalb erscheint der Rehabilitationsversuch sinnvoll.

Die Beschreibung dieser beiden Patienten zeigt einige Gemeinsamkeiten auf. Es liegt in beiden Fällen eine familiäre Belastung vor, beide hatten Schulschwierigkeiten. In einem Fall liegt ein perinataler Hirnschaden vor. Die Arbeitsleistung der Patientin (Nr. 30) wird als sehr gut bezeichnet, die des Patienten (Nr. 29) als mittelmäßig, trotzdem bietet sich für beide der Rehabilitationsversuch an, da beide Schwierigkeiten haben werden, allein auf sich gestellt zu leben. Die Erfolgschancen bei der zuerst beschriebenen Patientin sind positiver zu bewerten.

4.4.2.3. Die zahlenmäßig größte Gruppe umfaßt die Patienten, die wegen weiterbestehender Symptomatik weder entlassen werden können, noch für eine extramurale Rehabilitation in Frage kommen. Es handelt sich um 14 Patienten.

Patientin Nr. 2

I Bei den Eltern aufgewachsen, Vater Landarbeiter, in der Schule 2 Klassen wiederholt. Mehrere Stellungen als Dienstmädchen, in der jeweiligen Familie gelebt.
1. Aufnahme mit 27 Jahren, seit 1959 ohne Unterbrechung im PLK Heppenheim.
Diagnose: Imbezillität, Propfschizophrenie
Symptome: optische und akustische Halluzinationen, Haltungsstereotypien, Aggressionen.
Therapie: E-Schock und Neuroleptika. Kein Rehabilitationsversuch.
Patientin ist berentet und steht unter Vermögenspflegschaft.

II Kein Kontakt zur Außenwelt, stark schwankendes Verhalten zu Schwestern, unsauber in Körper- und Kleiderpflege. In der Arbeitstherapie schlechte Arbeitsleistungen, muß zu jedem Handschlag angehalten werden.

III Über ihre Kindheit wisse sie nichts mehr, in der Schule sei es grad so gegangen. Wollte keine Freundinnen, auch später keinen Freund. Jetzt sei sie gesund, werde nur nicht nach Hause gelassen, sie arbeite gut, könne genausogut in einer Fabrik arbeiten.

IV Neuroleptische Behandlung, offene Station, Ausgang.
Patientin steht unter dem Einfluß von lebhaften optischen und akustischen Halluzinationen, wirkt debil, antriebsarm.

Patient Nr. 4

I Bei den Eltern aufgewachsen, Vater Arbeiter, mit 13 Jahren Schule verlassen wegen Krankheit (tuberkulöse Meningitis). Erst als Hilfsarbeiter gearbeitet, dann als Facharbeiter bis 1967.
Patient ist ledig, vor Erkrankung selbständig, in die USA ausgewandert.
Krankheitsbeginn mit 25 Jahren, 5 Aufnahmen, seit 1970 ohne Unterbrechung im PLK Heppenheim.

Diagnose: paranoide Schizophrenie
Symptome: Beeinflussungs- und Beziehungsideen, haptische Halluzinationen, Wortneubildungen.
Therapie: E-Schock, Neuroleptika.
Patient erhält eine Rente, Rentenpflegschaft.

II Patient lehnt Besuch von Verwandten ab, sondert sich von anderen Patienten ab, gutes Verhältnis zu Pflegern.
Lehnt Arbeitstherapie ab, er sei schließlich im Krankenhaus, wenig Ausdauer bei kleinen Beschäftigungen auf der Station.
Will nicht entlassen werden, diejenigen, die ihn hergebracht hätten, sollten ihn auch wieder abholen.

III Patient weigert sich Auskünfte zu geben.

IV Neuroleptische Behandlung, offene Station, Ausgang.
Exploration nicht möglich, Wahnideen wahrscheinlich.

Patient Nr. 9

I Vater Alkoholiker, Landwirt, 8 Jahre Volksschule, Arbeit in der väterlichen Landwirtschaft, später Hilfsarbeiter im Sägewerk.
Patient ist ledig, sehr menschenscheu, längere Freundschaft mit 10 Jahre älterer Frau. Immer bei den Eltern gelebt.
Krankheitsbeginn mit 31 Jahren, seit 1961 (1. Aufnahme) im PLK Heppenheim.
Diagnose: paranoid halluzinatorische Schizophrenie
Symptome: Zwangsgedanken, optische und akustische Halluzinationen, imperative Stimmen, ängstlich, ratlos.
Therapie: Neuroleptika
Patient ist entmündigt.

II Kontakt zu früherer Freundin, freundschaftliches Verhältnis zu einem Mitpatienten. Keine Teilnahme an Arbeitstherapie, da der Patient die Station wegen starker Angstzustände nicht verläßt.

III Kindheit in guter Erinnerung, guter Schüler, schon immer etwas scheu, sei häufig gehänselt worden. Keine Lehre, wurde in der Landwirtschaft gebraucht, später andere Arbeit, der Hof habe nicht genug abgeworfen.

Wenn er seine Angstzustände habe, fühle er sich krank, arbeiten könne er nicht mehr, denn wenn er die Station verlasse, würden diese eintreten. Deshalb könne er auch keine Besuche machen. Habe Angst vor Verlegung oder Entlassung.

IV Neuroleptische Behandlung, offene Station, Ausgang.
Patient wirkt stark gedrückt, guter affektiver Kontakt, berichtet über lebhafte optische Halluzinationen. Relative Krankheitseinsicht.

Patientin Nr. 11

I Bei den Eltern aufgewachsen, Vater Maurer, Mutter 1950 verstorben. Schlechtes Verhältnis zu Stiefmutter, Volksschule 8 Jahre besucht, Anlernberuf als Näherin, bis 1961 gearbeitet. Patientin ist ledig, 2 Kinder, kurze Männerbekanntschaften, zeitweilig von Prostitution gelebt. War selbständig vor der Erkrankung. Krankheitsbeginn 1961, 4 stationäre Aufenthalte bis 1965, dann ohne Unterbrechung hospitalisiert.
Diagnose: Kindbettpsychose, Schizophrenie
Symptome: Beziehungsideen, gespannt, zerfahren, inadäquater Affekt.
Therapie: Neuroleptika, Rehabilitationsversuch 1968, wegen mangelnder Arbeitsleistung abgebrochen.

II Keine Besuche, kein Kontakt zu Schwestern und Mitpatienten. Bettelt bei Ausgängen Passanten um Geld und Zigaretten an. Arbeitsleistung sehr schwankend.

III "Schöne Kindheit" bis zum Tod der Mutter. Gute Schülerin, habe Schneiderin gelernt, früher viele Freundinnen und Freunde. Jetzt fühle sie sich nicht krank, sie wisse nur nicht wo sie hin solle. Rehabilitationseinrichtung gefiele ihr nicht, sie wolle lieber mit der Gondel verreisen (!).

IV Patientin wird neuroleptisch behandelt, geschlossene Station, Parkausgang.
Bei der Untersuchung zeigte sich bei der Patientin inadäquater Affekt, lächelt beziehungslos, Gedankengang aufgelockert, keine Krankheitseinsicht, realitätsfremdes Denken.

Patientin Nr. 13

I Mutter und Onkel mütterlicherseits schizophren. Ab 6. Lebensjahr bei der Großmutter aufgewachsen. Volksschule bis kurz vor Abschluß, 1954 Übersiedlung in die BRD. 1954 - 1959 als Putzhilfe gearbeitet, 1954 - 1955 18 verschiedene Anstellungen. Nie selbständig gelebt.
Krankheitsbeginn mit 15 Jahren, bis 1962 drei stationäre Behandlungen, ab 1962 ohne Unterbrechung PLK Heppenheim.
Diagnosen: Hebephrenie, paranoid halluzinatorische Schizophrenie.
Symptome: optische und haptische Halluzinationen, zerfahrener Gedankengang, affektiv flach, infantil.
Therapie: E-Schock, Neuroleptika. Versuch der Familienpflege abgebrochen.

II Guter Kontakt zu Schwestern, kein Kontakt zu Mitpatienten. Kein Besuch, trinkt extrem viel, näßt ein. Bei Arbeitstherapie sehr geringe Leistung, keine Ausdauer.

III "Schöne Kindheit" trotz Scheidung der Eltern, gern in die Schule gegangen, Freundinnen gehabt. Jetzt sei sie krank durch die vielen Spritzen, sie glaube sehr gut zu arbeiten, sie könne ohne weiteres wieder putzen und draußen leben.

IV Neuroleptische Behandlung, geschlossene Station, Parkausgang. Untersuchung: stark manirierte Sprechweise, affektiv inadäquat, zerfahrenes Denken, keine Krankheitseinsicht.

Patientin Nr. 14

I Bei Eltern aufgewachsen, Vater Revierförster, Volksschule und 2 Jahre Höhere Handelsschule. Drei Jahre Bürotätigkeit.
Ledig, nie Freundinnen, nie Männerbekanntschaften. Mit 23 Jahren schwärmerische Verliebtheit in Vetter. Nie selbständig gelebt.
Krankheitsbeginn mit 24 Jahren, 1954 - 1964 drei stationäre Behandlungen. Ab 1964 PLK Heppenheim.

Diagnosen: Katatonie, Schizophrenie
Symptome: Schwere Erregungszustände, katatone Zustände, Gedankenabreißen, imperative Stimmen, bizzare Sitz- und Hockstellungen, wahlloses in den Mund stecken aller in Reichweite befindlicher Gegenstände.
Therapie: E-Schock, Neuroleptika.

II Bei regelmäßigen Besuchen von Verwandten keine affektive Regung. Kein Kontakt zu Schwestern und Mitpatienten. Schwere Verhaltensstörungen, näßt und kotet ein, ißt Blätter und Steine, keine verwertbare Leistung in der Arbeitstherapie, ist nicht zu einer Mitarbeit zu motivieren.

III "Schöne Kindheit", habe sehr an der Mutter gehangen. Mittlere Schülerin, keine Berufsausbildung, "es sei nicht üblich gewesen, damals". Hätte gern einen Freund gehabt, jedoch niemanden gefunden.
Jetzt sei sie gesund, nur im Krankenhaus weil sie keine Angehörigen habe, glaubt aber nicht entlassen werden zu können, "sie stelle zuviel an".

IV Neuroleptische Medikation, geschlossene Station, kein Ausgang. Untersuchung: Patientin grimassiert lebhaft, weigert sich zu setzen, steht völlig steif, redet abgehackt.

Patientin Nr. 18

I Vorfahren mütterlich- und väterlicherseits schizophren, zwei Schwestern ebenfalls in Anstalt. Bei den Eltern aufgewachsen, Volksschule mit mittleren Leistungen, 7 Jahre als Hilfsarbeiterin gearbeitet.
Ledig, bis zur Erkrankung bei den Eltern gelebt.
Krankheitsbeginn mit 20 Jahren, ab 1962 im PLK Heppenheim, nur kurze Beurlaubungen nach Hause.
Diagnose: paranoid halluzinatorische Schizophrenie.
Symptome: Katatoner Stupor, paradoxe Handlungen, Antriebsarmut, gefolgt von schweren Erregungszuständen, imperative Stimmen
Therapie: Neuroleptika
Patientin ist entmündigt.

II Hängt sehr an der Mutter, freut sich auf Besuche zu Hause. Gutes Verhältnis zu Schwestern und Mitpatienten. In Erregungszuständen tätliche Aggressionen, lautes Schreien nachts. Keine Arbeitsleistung in der Arbeitstherapie, sitzt völlig antriebslos herum.

III "Sehr schöne Kindheit," besonders die Mutter habe sie sehr gern, aber auch die Geschwister. Habe nie Freundinnen gewollt, die Familie sei ihr genug. Sie sei eine gute Schülerin gewesen und habe immer hart gearbeitet.
Jetzt fühle sie sich etwas krank, die Stimmen würden sie quälen, aber arbeiten täte sie gut, sie sei am liebsten für sich, fände aber Schwestern und Mitpatienten nett. Am liebsten wolle sie zur Mutter nach Hause, in ein Heim ginge sie nie.

IV Neuroleptische Behandlung, offene Station, Parkausgang. Untersuchung: Patientin wirkt undistanziert freundlich, auffallend gesteigerter mimischer Ausdruck, berichtet Gottes Stimme zu hören. Starke Mutterbindung.

Patient Nr. 20

I Vater zeitweilig schwermütig. Bei Eltern aufgewachsen, Vater Maschinenschlosser. 8 Jahre Volksschule, mittlere Leistung. Lehre als Schlosser abgeschlossen.
Patient ist geschieden, 1 Kind. Selbständige Lebensführung. Krankheitsbeginn mit 24 Jahren, 1954 - 1961 sechs stationäre Behandlungen, ab 1961 PLK Heppenheim.
Diagnose: Schizophrenie
Symptome: Vergiftungs- und Beeinträchtigungsideen, ängstlich, ratlos, zeitweilig Erregungszustände. Akustische Halluzinationen.
Patient bezeiht Rente, Vermögenspflegschaft.

II Lehnt Kontakt zu Pflegern und Mitpatienten sowie Besuche von Verwandten ab, ebenso Teilnahme an Arbeitstherapie. Muß zur Körper- und Kleiderpflege angehalten werden, grundlos aggressiv.

III "Schöne Kindheit," gern in die Schule gegangen, viele Freunde und Freundinnen, aber nur oberflächliche Beziehungen. Habe seine Frau sehr gern gehabt, diese wollte ihn dann loswerden.

Jetzt sei er nicht krank, auch früher nie krank gewesen, die Eltern wollten ihn loswerden. Draußen könne er schon arbeiten, hier sei der Lohn zu niedrig. Seine Mitpatienten begreife er nicht, deshalb wolle er nichts mit ihnen zu tun haben. Jetzt interessiere er sich für gar nichts.

IV Patient wird neuroleptisch behandelt, offene Station, Parkausgang. Untersuchung: Patient wirkt ratlos, affektiv inadäquat, antriebsgehemmt, meidet Blickkontakt, schaut häufig hinter sich, negiert Halluzinationen.

Patient Nr. 21

I Bei Eltern aufgewachsen, Vater Bäcker, 8 Jahre Volksschule. Bäckerlehre nicht abgeschlossen, zu Hause im Geschäft geholfen. Patient ist ledig, immer Einzelgänger gewesen.
Mit 17 Jahren "seelische Veränderung", 1949 - 1970 sechs stationäre Behandlungen, ab 1970 PLK Heppenheim.
Diagnose: Schizophrenie
Symptome: läppisch, maniriert, akustische Halluzinationen, zerfahrener Gedankengang, inadäquater Affekt
Therapie: E-Schock, Neuroleptika

II Häufige Besuche der Mutter, Patient zeigt Freude. Guter Kontakt zu Pflegern und Mitpatienten. Muß zur Reinlichkeit angehalten werden. Geht widerstrebend zur Arbeitstherapie, schlechte Arbeitsleistung, gehemmter Antrieb.

III Kann Kindheit nicht beurteilen, guter Schüler. Habe die Lehre abgebrochen, es sei einfach nicht gegangen. Er sei immer sehr scheu gewesen, sehr gläubig.
Er sei nicht krank, eine Gemeindeschwester habe ihn hierhergebracht, er wisse nicht warum. Arbeiten tue er gut und verstehe sich mit allen. Wenn er gesund sei, wolle er zur Mutter nach Hause.

IV Patient wird neuroleptisch behandelt, offene Station, Parkausgang. Bei der Untersuchung mißtrauisch, häufiges Danebenreden, stereotype Bewegungen, akustische Halluzinationen.

Patientin Nr. 25

I Verwandte von Vater- und Mutterseite schizophren, 2 Schwestern in Anstalt. Bei den Eltern aufgewachsen, 8 Jahre Volksschule mittlere Leistungen, 2 Jahre als Hilfsarbeiterin in Fabrik. Patientin ist ledig, 1 Kind. Keine festen Freundschaften, nie selbständig gewesen.
Krankheitsbeginn mit 19 Jahren, 1967 - 1974 sieben stationäre Behandlungen.
Diagnosen: paranoid halluzinatorische Schizophrenie
Symptome: Mutistisch, antriebsarm, gefolgt von hochgradiger Erregung, Wahnideen.
Therapie: E-Schock, Neuroleptika
Patientin ist entmündigt.

II Häufige Besuche der Mutter, bestärkt Tochter in asozialem Verhalten. Mit anderen Patienten ständig Streit, wird schnell tätlich. Wenig Ausdauer bei Arbeitstherapie.

III "Schöne Kindheit", in der Schule nicht besonders gut, habe keine Lust gehabt Lehre zu absolvieren, habe in verschiedenen Fabriken gearbeitet. Viele Freunde, keine festen Bindungen. Ihrem Kind gehe es gut, die Mutter werde sich um sie kümmern (lebt im Heim).
Jetzt sei sie nicht krank, könne nur nicht schlafen, sie arbeite sehr gut, wolle aber mit den "Geisteskranken" nichts zu tun haben. Die Schwestern würden sie nur schikanieren. Sie wolle nur zu ihrer Mutter, ohne sie könne sie nicht leben.
Jetzt gehe sie gern spazieren und träume vor sich hin. Arbeiten wolle sie nicht, das Sozialamt sei für sie zuständig.

IV Wegen Schwangerschaft keine Medikation, geschlossene Station, kein Ausgang.
Patientin gibt Halluzinationen in Form von imperativen Stimmen an, verarbeitet Realität wahnhaft. Abnorme Reizbarkeit mit Neigung zu Gewalttaten. Starke Mutterbindung.

Patientin Nr. 26

I Mehrere Verwandte schizophren. Bei den Eltern aufgewachsen, Vater Bäcker, 8 Jahre Volksschule, keine Berufsausbildung, in der elterlichen Landwirtschaft gearbeitet.
Patientin ist ledig, habe Schulfreundinnen gehabt, nie selbständig.
Krankheitsbeginn mit 23 Jahren, 1961 - 1971 fünf stationäre Behandlungen (längster Aufenthalt zu Hause 4 Monate), ab 1971 PLK Heppenheim.
Diagnose: paranoid halluzinatorische Schizophrenie
Symptome: optische und akustische Halluzinationen, Wahnideen, zerfahren, Erregungszustände, katatone Bewegungen
Therapie: Neuroleptika
Vermögenspfleger

II Keine Kontakte zur Außenwelt, meidet Kontakt zu Mitpatienten, Ärzten und Schwestern. Schreit nachts laut. Geht mit in die Arbeitstherapie, arbeitet dort nichts.

III Patientin gerät bei der Befragung in einen Erregungszustand.

IV Schimpft teilweise unverständlich vor sich hin, "Beine und Arme sind völlig kaputt", steht unter dem Einfluß krankhafter Erlebnisse.
Wird neuroleptisch behandelt, offene Station, Ausgang.

Patientin Nr. 27

I Bei Eltern aufgewachsen, Volksschule zweimal repetiert, keine Lehre, 1951 - 1952 in einem Kiosk als Verkäuferin gearbeitet.
Patientin ist geschieden, 2 Kinder, hat mit 17 Jahren geheiratet, Haushalt sehr gut geführt.
Krankheitsbeginn mit 31 Jahren, 1970 - 1973 sechs stationäre Aufenthalte, seit 1973 im PLK Heppenheim.
Diagnose: paranoid halluzinatorische Schizophrenie
Symptome: Verfolgungs- und Vergiftungsideen, akustische Halluzinationen, Personenverkennung, Neigung zu Erregungszuständen.
Therapie: E-Schock, Neuroleptika

II Ambivalente Beziehung zum Ehemann (geschieden), droht ihm mit kompromittierenden Anrufen, dieser gibt ihr laufend Geld (gegen die Abmachung mit Ärzten). Wenig Kontakt zu Schwestern und Mitpatienten, verdient sich etwas Geld indem sie Mitpatienten die Haare frisiert. Lehnt Teilnahme an Arbeitstherapie kategorisch ab, sie brauche nicht zu arbeiten, sie könne jederzeit zu ihrem Mann zurückkehren. Übertriebenes Schminken (Patientin wirkt sehr ordinär dadurch). Lehnt aus obengenannten Gründen Rehabilitation ab.

III Starke Entbehrungen in der Kindheit, mit Eltern gut verstanden. Die Schule habe sie nicht interessiert. Habe viele Freundinnen gehabt, enge Freundschaft. Ihren Mann habe sie sehr gern gehabt, jetzt habe er sie in die Anstalt abgeschoben, um mit anderen Frauen zu leben, sie könne aber jederzeit zu ihm zurück. Ihre Kinder hingen sehr an ihr, hätten aber zu viel zu tun um sie zu besuchen.
Sie sei nicht geistig krank, sie leide nur unter der Nebenwirkung der Medikamente. Sie fühle sich sehr unruhig und wolle deshalb nicht nach Hause. Die Arbeit in der Arbeitstherapie sei unter ihrer Würde, sie könne sehr gut frisieren und sich jederzeit damit ihr Geld verdienen. Aber im Grunde sei das nicht nötig.

IV Patientin wird neuroleptisch behandelt, offene Station, Ausgang. Anfangs kein Anhalt für psychotische Symptomatik, auffällig ist jedoch die völlig falsche Einschätzung ihrer realen Situation (Beziehung zu Ehemann, etc.). Nach einer Weile halluziniert die Patientin jedoch massiv, berichtet über Beziehungsideen, stößt schließlich nur ein unartikuliertes Brummen aus.

Patient Nr. 31

I Bei den Eltern aufgewachsen, Vater Arbeiter, sehr guter Schüler, ist vom Lehrer für die höhere Schule vorgeschlagen worden (Eltern waren jedoch dagegen). Maurerlehre abgeschlossen mit schlechter Note im theoretischen Teil. Sehr beliebt bei den Arbeitskollegen, nie selbständig in der Lebensführung.

Ledig, einen guten Freund gehabt, viel gelesen.
Krankheitsbeginn mit 21 Jahren, 1. Aufnahme 1961, ab 1962 ohne Unterbrechung im PLK Heppenheim.
Diagnose: Schizophrenie
Symptome: akustische Halluzinationen, Beeinflussungsideen, stuporös, hochgradige Zerfahrenheit, Aggressionen
Therapie: E-Schock, Neuroleptika
Rente seit 1965, Vermögenspfleger.

II Regelmäßige Besuche der Mutter, kein Kontakt zu Mitpatienten und Pflegern, geringe Leistungen in der Arbeitstherapie, öffentliches Onanieren, starke Verwahrlosungstendenzen.

III "Schöne Kindheit", zu Hause viel Streit mit Schwester und der Eltern unter sich. Gern in die Schule gegangen, guter Schüler. Gern als Maurer gearbeitet, die Arbeit war wichtig für ihn, alle mochten ihn. Beruf wichtiger als Privatleben. Ein guter Freund, mit dem er alles besprechen konnte. Freundin habe er nie gehabt, keine Gelegenheit zu sexuellen Kontakten.
Er wisse nicht warum er hier sei, er sei nie krank gewesen. Er glaube gut zu arbeiten, jetzt möchte er ihn ein Altersheim, dort sei es ruhiger.

IV Wird neuroleptisch behandelt, geschlossene Station, Parkausgang. Bei der Untersuchung hochgradige Zerfahrenheit, spricht nur auf Ansprache, telegrammartig. Patient wirkt stark verwahrlost, affektiv flach.

Patient Nr. 32

I Aufgewachsen bei den Eltern, Vater Verwaltungsbeamter. In der Volksschule mittlere Leistungen. Zwei Jahre private Handelsschule, wegen schlechter Leistungen abgebrochen. Drei Monate Postlehre, theoretischen Anforderungen nicht gewachsen.
Ledig, von Mitschülern immer gehänselt worden, immer bei den Eltern gelebt.
Zentrale Facialisparese seit 1971 PEG: re betonter Hydrocephalus. Herzrythmusstörungen.
Diagnose: Verhaltensstörungen bei Hydrocephalus; Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis

Symptome: starke Konzentrationsstörungen, distanzlos, unmotiviertes Lachen, Beziehungs- und Bedeutungserlebnisse, akustische Halluzinationen, mehrere Suicidversuche.

II Eltern kommen zu jeder Besuchszeit, sind überfürsorglich. Kein Kontakt zu Pflegern, Versuch sexueller Kontaktaufnahme zu Mitpatienten. Sehr nachlässig in Reinlichkeit, kotet zuweilen auch tagsüber ein. Weigert sich an Arbeitstherapie teilzunehmen, er sei zu müde.

III "Schöne Kindheit", obwohl Vater sehr hart gewesen sei, häufig Schläge, seine Schwester sei ihm vorgezogen worden.

IV Keine weiteren Auskünfte, der Patient ist agitiert depressiv. Beziehungsideen, Konzentrationsstörungen, akustische Halluzinationen.
Körperlich: erhebliche Adipositas, Zustand nach peripher Facialisparese re. plumpe, tatzenförmige Hände.
Neuroleptische Medikation, geschlossene Station, kein Ausgang.

Die zuletzt beschriebenen Patienten gehören ohne Zweifel zu den Schwerstkranken, alle stehen unter dem Einfluß stark beeinträchtigender psychotischer Symptomatik. Deswegen zeigen alle schlechte Leistungen in der Arbeitstherapie oder weigern sich sogar, daran teilzunehmen. In Hinblick auf die Vorgeschichte zeigt sich bei vier Patienten Schulversagen, nur zwei haben eine abgeschlossene Berufsausbildung. Selbständig in der Lebensführung waren vier Patienten vor Ausbruch der Erkrankung. Im prämorbiden Kommunikationsverhalten zeigten sich bei sechs Patienten grobe Auffälligkeiten im Sinne von Ablehnen des Kontaktes zu anderen. Zwei Patienten äußerten die Unfähigkeit Kontakte zum anderen Geschlecht zu knüpfen.

Bezüglich der Hospitalisierungsdaten ergaben sich keine Gemeinsamkeiten. Die Ersterkrankungsalter reichen von 16 bis 31 Jahren, die

Hospitalisierungsdauer von einem bis zu 16 Jahren ununterbrochenen Aufenthaltes im PLK Heppenheim. Wird die Behandlung in anderen PLKs mitberücksichtigt, ergibt sich eine Hospitalisierungsdauer von 3 - 16 Jahren. Rehabilitationsversuche wurden bei zwei Patienten durchgeführt, wobei es sich bei einer Patientin um Familienpflege handelte.

Etwa die Hälfte der Patienten haben keinerlei Kontakt zu Personen außerhalb des Krankenhauses, sei es, daß sie keine Besuche erhalten (4 Patienten), oder Besuche ablehnen (2 Patienten). Nur von sechs Patienten wird der Kontakt zum Pflegepersonal und Mitpatienten als gut bezeichnet. Die Leistungen in der Arbeitstherapie sind schlecht bei den allereinfachsten Tätigkeiten. Im krassen Gegensatz dazu steht die Selbstbeurteilung der eigenen Arbeitsfähigkeit, die als mittelmäßig bis gut angegeben wird. Krankheitseinsicht ist bei keinem Patienten vorhanden. Ein relatives Krankheitsbewußtsein findet sich nur bei drei Patienten. Es bezieht sich jedoch im wesentlichen auf körperliche Symptomatik. Aus diesem Grunde wird auch die Notwendigkeit der Rehabilitation von keinem Patienten dieser Gruppe erkannt.

4.4.2.4. Die Gruppe der Patienten, die aus Gründen der starken Fixierung an des Pflegepersonal oder an Mitpatienten für eine Rehabilitation nicht in Frage kommen, umfaßt folgende 5 Patienten.

Patientin Nr. 10

I Die Mutter "habe es an den Nerven gehabt". Bei den Eltern aufgewachsen, Vater Landwirt. 8 Jahre Volksschule mit mittleren

Leistungen, keine Berufsausbildung, bei den Eltern und in einer Pension gearbeitet. Mit 24 Jahren geheiratet, 3 Kinder. Nach der 2. Hospitalisierung geschieden. Hat bis zur Heirat im Haushalt der Eltern gelebt.
Krankheitsbeginn mit 22 Jahren, 1. Hospitalisierung mit 28 Jahren, bis 1964 sechs stationäre Aufenthalte, ab 1964 ohne Unterbrechung im PLK Heppenheim. Kein Rehabilitationsversuch.
Diagnose: paranoid halluzinatorische Schizophrenie
Symptome: Wahnideen, zerfahrener Gedankengang, haptische Halluzinationen, ängstlich depressiv gestimmt, 2 Suicidversuche. Patient ist entmündigt.

II Besuche von Schwestern und Mutter, kein Kontakt zu geschiedenem Mann und Kindern. Kontakte zu Mitpatienten und Schwestern stark wechselnd. Arbeitet fleißig in der Gemüseküche, werde dort sehr geschätzt. Patientin sehr unordentlich in ihrer Kleidung.

III Kindheit nur schwer erinnerlich, sei gern in die Schule gegangen, nur Rechnen habe ihr keinen Spaß gemacht. Vater Frührentner, deshalb keine Berufsausbildung. In der Schule habe sie eine feste Freundin gehabt, später hätten sich keine Freundschaften ergeben. Sie verstehe, daß ihr Mann sich habe scheiden lassen, auch, daß ihre Kinder sie nicht besuchten. Früher sei sie krank gewesen, sie habe es an den Nerven gehabt, jetzt sei sie nicht mehr krank, sie wolle weiterhin in der Gemüseküche arbeiten, sie arbeite gut und man sei mit ihr zufrieden. Sie wolle nicht fort von hier, es gefalle ihr gut, alle seien gut zu ihr. Alleine könne sie nicht leben.

IV Wird neuroleptisch behandelt, offene Station, Ausgang.
Bei der Untersuchung wirkt die Patientin freundlich zugewandt, etwas unsicher, kein Anhalt für psychotische Symptome, starke Bindung an das Krankenhaus.

Patientin Nr. 12

I Bei den Eltern aufgewachsen. 8 Jahre Volksschule, schwach im Rechnen. Keine Berufsausbildung, arbeitete in der elterlichen Landwirtschaft. Mehrere Freundschaften. Patientin war nie selbständig.
Beginn der Erkrankung mit 19 Jahren, 1941 - 1950 PLK Goddelau, 1950 - 1958 12 Wiederaufnahmen, ab dann ohne Unterbrechung im PLK Heppenheim. Kein Rehabilitationsversuch.
Diagnose: Schizophrenie
Symptome: hochgradige Erregungszustände, Zerfahrenheit, optische und akustische Halluzinationen.
Therapie: E-Schock, Neuroleptika, 1950 Leukotomie.
Patientin hat Pfleger mit Aufenthaltsbestimmungsrecht.

II Fährt selbständig zu Mutter und Schwestern nach Hause, kehrt geordnet zurück. Zu einer Patientin engen Kontakt. Spricht viel mit Schwestern. Keinerlei Fehlverhalten in den letzten Jahren. Arbeitet regelmäßig in der Gemüseküche, jedoch geringe Arbeitsleistung.

III "Schöne Kindheit," gern in die Schule gegangen, gute Zeignisse. Habe gern zu Hause geholfen, der Umgang mit Tieren habe ihr Freude gemacht. Habe eine gute Freundin in der Schule gehabt, später ein Freund, habe auch sexuellen Kontakt zu diesem gehabt. Später habe er die Verlobung gelöst wegen ihrer Erkrankung. Sie glaube gut zu arbeiten, wolle Arbeitsplatz wechseln, in der Waschküche werde sie besser bezahlt. Sie habe die Schwestern sehr gern, und mache was diese wollen. Jetzt sehe sie gern fern und gehe mit der Station kegeln. Richtig krank sei sie nie gewesen, nur manchmal sehr unruhig, jetzt fühle sie sich sehr wohl. Die Arbeit im Heim Schütz sei zu anstrengend für sie, außerdem habe sie sich so an die Anstalt gewöhnt, daß sie hierbleiben wolle.

IV Patientin wird neuroleptisch behandelt, offene Station, Ausgang. Bei der Untersuchung kein Anhalt für psychotische Symptome. Kein Krankheitsgefühl, starke Bindung an Anstalt. Wirkt unsicher, gewisse Standpunktlosigkeit.

Patientin Nr. 19

I Bei den Eltern aufgewachsen, Vater Landwirt. 8 Jahre Volksschule, 3 Jahre Fortbildungsschule (Berufsschule?). 8 Jahre in Bäckerei als Bedienung gearbeitet. Mit 25 Jahren geheiratet. Nach Krankheitsausbruch geschieden. 1 Sohn. Selbständige Lebensführung.
Krankheitsbeginn mit 29 Jahren nach Geburt des Kindes.
1. Hospitalisation mit 33 Jahren (1955), ab 1957 ununterbrochen im PLK Heppenheim. Kein Rehabilitationsversuch.
Diagnose: Schwangerschaftspsychose, Schizophrenie
Symptome: Verfolgungsideen, akustische Halluzinationen, antriebsarm, zerfahren.
Therapie: E-Schock, Neuroleptika
Patientin hat Vermögenspfleger.

II Kein Kontakt zu Familienangehörigen, wenig Kontakt zu Schwestern und Mitpatienten. Keine Verhaltensstörungen, arbeitet fleißig und zuverlässig in der Gemüseküche, äußert keine Entlassungswünsche.

III "Schöne Kindheit", nicht so gern in die Schule gegangen, mittlere Noten, keine Berufsausbildung, habe gern in der Bäckerei gearbeitet. Nie eine feste Freundin, mit mehreren Kindern gespielt, später kurze Männerbekanntschaften. Ihr Mann habe wenig Zeit gehabt für sie, seit 1953 keinen Kontakt mehr zu ihrem Kind. Jetzt fühle sie sich nicht krank, an die Zeit zwischen ihrem 25. - 50. Lebensjahr könne sie sich nicht erinnern. Sie glaube gut zu arbeiten, sie tue dies auch gerne. Mit den Schwestern habe sie wenig zu tun, als Patientin spreche man nicht mit ihnen, auch brauche sie keinen Kontakt zu Mitpatienten. Sie bekomme keinen Besuch und gehe auch nicht in die Stadt. Man dürfe dies nicht (Patientin ist auf einer offenen Station und könnte ohne weiteres in die Stadt gehen). Sie sehe gern Filme im Fernsehen. Zusammen mit der ganzen Station unternehme sie nur ungern etwas. Sie wolle nicht fort von hier, sie fürchte sich vor neuen Umständen, sie müsse hier sein.

IV Patientin ist seit einem Jahr ohne Medikation, offene Station, Ausgang.
Bei der Untersuchung ist die Patientin sehr wortkarg, auffallend ist die völlige Standpunktlosigkeit. Angeblich keine Wünsche, kein Interesse, keine Hoffnungen.

Patientin Nr. 23

I Bei den Eltern aufgewachsen, Volksschule mit durchschnittlichen Leistungen, keine Berufsausbildung. Nach Geburt des Kindes ambulanter Waschmittelverkauf.
Patientin ist ledig, ein Kind, kurze Freundschaft mit verheiratetem Mann, der ihr dies verschwiegen hatte. Immer bei den Eltern gelebt.
Mit 6 Jahren Verdacht auf Chorea Huntington, seit 1959 Torsionsdystonie.
1. Hospitalisierung mit 21 Jahren nach Geburt des Kindes wegen eines "Nervenzusammenbruchs". 1962 2. Hospitalisierung wegen neurologischer Symptomatik. 3. Hospitalisierung 1965 - 1968.
Ab 1968 ohne Unterbrechung im PLK Heppenheim.
Diagnosen: Nervenzusammenbruch, Schiefhals unklarer Genese, Psychose bei Trosionsdystonie.
Symptome: paranoide Ideen, haptische und optische Halluzinationen, starke affektive Schwankungen. Seit 1971 keine psychotische Symptomatik, verstärkte neurologische Symptome.
Patientin hat Vermögenspfleger.

II Sehr selten Besuch, guter Kontakt zu Mitpatienten. Arbeitet gut in der Gemüseküche.

III Wenig Erinnerung an Kindheit, sei sehr behütet aufgewachsen. Gern in die Schule gegangen. Nach der Schule der Mutter im Haus geholfen. Ihre beste Freundin sei ihre Mutter gewesen. Sie habe den Vater ihres Kindes sehr geliebt, um so größer sei ihre Enttäuschung über sein schäbiges Verhalten gewesen. Ihr Sohn hasse sie jetzt, sie höre nur indirekt von ihm und nur selten. Sie sei sehr traurig darüber. Früher habe sie gern Liebesromane gelesen, jetzt sei das zu anstrengend.

Sie fühle sich jetzt sehr wohl, nur das Zittern störe sie, aber im "Kopf" sei nichts mehr. Sie könne zwar nur langsam arbeiten, sei aber fleißig. Sie fühle sich wohl bei den Schwestern und Mitpatienten, mache gern alle Stationsaktivitäten mit. Sie wolle immer hier bleiben.

IV Patientin erhält Anti-Parkinsonmittel, offene Station, Ausgang. Außer neurologischer Symptomatik, keine psychotischen Symptome. Starke Bindung an das Haus.

Patientin Nr. 35

I Mutter in Anstalt verstorben (Grund nicht bekannt). 8 Jahre Volksschule, nach Hauswirtschaftslehre Ausbildung als kaufmännisch-praktische Arzthilfe. 8 Jahre als Sprechstundenhilfe gearbeitet, später als Steno-Sekretärin der besseren Bezahlung wegen.
Patientin ist ledig. Mehrere Freundschaften mit Männern. Patientin war vor der Erkrankung selbständig.
Mit 29 Jahren wegen "psychischer Labilität" Psychotherapiesitzungen. Ab 1967 ohne Unterbrechung im PLK Heppenheim.
Diagnose: paranoide Schizophrenie
Symptome: Zerfahrener Gedankengang, paranoide Ideen, körperliche Beeinflussungsgefühle, depressive Stimmungslage.
Therapie: Neuroleptika
Patientin erhält eine Rente.

II Ein bis zwei Besuche im Jahr einer Schwester aus der DDR, sonst keine Kontakte, weigert sich in die Stadt zu gehen. Freundlich, aber sehr distanziert zu Schwestern und Mitpatienten. Engere Freundschaft zu einem Mitpatienten. Patientin ist im Rahmen der Arbeitstherapie als Bürohilfe bei der Oberschwester eingesetzt, wird als gute Arbeitskraft geschätzt. Patientin hat Angst vor der Entlassung und dem Alleinleben, will keine Veränderungen.

III Kindheit bis zur Erkrankung der Mutter harmonisch, sie sei gern in die Schule gegangen und habe auch ihren Beruf gern gehabt, habe aber dann als Sekretärin gearbeitet um mehr zu verdienen.

Schon immer sei sie zurückhaltend gewesen, habe aber Freundinnen gehabt, auch mehrere Freundschaften mit Männern, teils habe sie sich nicht binden wollen, teils hätten ihre Partner die Bindung gelöst.
Jetzt fühle sie sich krank, sie habe Angst vor dem Alleinsein. Sie glaube ihre Arbeit gut zu machen und fühle sich dieser Arbeit auch gewachsen. Sie möchte den Schwestern nicht zuviel erzählen, sie sei befreundet mit einem Patienten, diese Bindung sei ihr sehr wichtig, belaste sie aber auch. Es sei ihr unangenehm in die Stadt zu gehen, wo alle wissen, daß sie krank sei. In ihrer freien Zeit lese sie gern Illustrierte, Bücher seien ihr zu anstrengend, sie gehe früh ins Bett, sie brauche viel Schlaf. Sie wolle hier im Krankenhaus bleiben, hier bekomme sie Hilfe wenn es ihr schlecht gehe, außerdem könne sie nicht 8 Stunden am Tag arbeiten. Sie habe große Angst vor dem Alleinsein.

IV Patientin wird neuroleptisch behandelt, offene Station, Ausgang. Bei der Untersuchung wirkt die Patientin freundlich, jedoch sehr distanziert. Kein Anhalt für psychotische Symptomatik.

Diese 5 Patienten, verschieden in ihrer Vorgeschichte und mit unterschiedlichem Krankheitsverlauf, lehren uns, daß für sie auch bei anhaltender Besserung kein Grund besteht, das Krankenhaus zu verlassen. Dies ist keineswegs durch die Art der Erkrankung verursacht. Die Patientin (Nr. 23), deren Erkrankung nicht zur Gruppe der Schizophrenien gehört, äußert den Wunsch in diesem Krankenhaus zu bleiben. Alle haben Angst vor der Entlassung und dem für sie damit verknüpften Alleinsein, dem sie der Aufenthalt hier enthebt. Die in dieser Gruppe zusammengefaßten Kranken sind alle seit mindestens 6 Jahren ohne Unterbrechung hospitalisiert, ihre Freunde haben sie im Krankenhaus und finden sich bestätigt durch die Anerkennung ihrer Arbeit im Krankenhaus. Alle haben wenig Kontakt nach "draußen". Sie vermeiden bewußt den Kon-

takt mit der Begründung, "alle wissen ja, daß ich krank bin". Die Angst vor Begegnungen geht soweit, daß Patienten der offenen Stationen behaupten, man dürfe das Krankenhaus nicht verlassen. Andere wiederum machen oder empfangen Besuche so selten, daß dadurch die Kontinuität eines 16- oder 17-jährigen Krankenhausaufenthaltes nicht unterbrochen wird.

4.4.2.5. Bei der nächsten Gruppe von Kranken stehen hauptsächlich Verhaltensstörungen einer Rehabilitation im Wege. Dabei war nicht sicher auszumachen, ob diese Störungen als Restsymptome einer noch bestehenden schizophrenen Grundstörung, als Folge der langen Hospitalisierung oder als Manifestation prämorbider Verhaltensanomalien anzusehen sind.

Patient Nr. 5

I Außer der Tatsache, daß der Patient Analphabet ist, ist aus seiner Vorgeschichte nichts bekannt. Er wurde nach dem Krieg wegen "auffälligen Benehmens" in ein PLK eingewiesen. Der Patient ist Pole.
1948 - 1957 PLK Wiesloch, seit 1957 PLK Heppenheim. Keine Rehabilitationsversuche.
Diagnose: Schizophrenie
Symptome: Teilnahmslos, Verdacht auf Halluzinationen wegen auffälliger Mimik, autistisch. Exhibitionistische Tendenzen.
Therapie: E-Schock, Neuroleptika

II Keine Kontakte zur Außenwelt, wendet sich nur an Pfleger bei ganz wichtigen Wünschen. Hat mehrmals während der Besuchszeit exhibiert. Arbeitet regelmäßig im Garten, sehr fleißig. Äußert keine Wünsche.

III Kann sich an Kindheit nicht erinnern, antwortet auf alle Fragen: "weiß nix". Er fühle sich nicht krank, wisse nicht warum er hier sei. Er arbeite gern und gut, habe kein Inte-

resse mit anderen zu sprechen, wozu solle er? Er sehe gern fern, alles was kommt. Hier sei es gut, er wolle nicht weg, wohin solle er?

IV Patient erhält keine Medikation, offene Station, Ausgang. Bei der Untersuchung zeigt der Patient keine Affekte. Er spricht nur gebrochen Deutsch. Hochgradige Kontaktverarmung. Keinerlei Stellungnahme zu seinen exhibitionistischen Tendenzen.

Patientin Nr. 3

I Großmutter in Anstalt verstorben (Grund nicht bekannt). Vater Hilfsarbeiter. Schulversuch abgebrochen, Patientin war nicht schulfähig. Immer zu Hause gelebt.
Seit dem 19. Lebensjahr ohne Unterbrechung hospitalisiert.
Diagnose: Hebephrenie, Schwachsinn
Symptome: imbezil, stimmungslabil, distanzlos, sexuell aufdringlich, ab 1950 Halluzinationen und Wahnvorstellungen, aggressive Fehlhandlungen
Therapie: E-Schock, Neuroleptika

II Kein Kontakt zur Außenwelt, hängt sehr an einer Schwester. Bettelt wildfremde Menschen um Bonbons und Geld an, unappetitliche Eßmanieren, sehr unsauber in Körper- und Kleiderpflege. Nimmt nicht an Arbeitstherapie teil, Versuche in der Kartonage gescheitert.

III Sie sei ein paar Jahre in die Schule gegangen und habe 2 Jahre zu Hause gearbeitet. Habe Freundinnen gehabt, keine Männerbekanntschaften.
Fühle sich nur krank während der Periode, wisse nicht warum sie im Krankenhaus sei. Sie sei einmal die Treppe hinuntergefallen, deshalb könne sie nicht mehr arbeiten. Sie wolle gern heim, aber auch dort könne sie nichts arbeiten.

IV Neuroleptische Medikation, offene Station, Parkausgang.
Bei der Untersuchung undistanziert freundlich, fragt aufdringlich nach Bonbons oder Geld. Wirkt schwachsinnig, kann Fragen nur schwer beantworten. Jedoch kein Anhalt für psychotische Symptome.

Bei dem zuerst beschriebenen Patient (Nr. 5), dessen Vorgeschichte im Dunkel liegt, können nur Vermutungen über die Ursache seiner exhibitionistischen Tendenzen geäußert werden. Da er dieses Fehlverhalten nur an Besuchstagen zeigt, kann wohl als Kontaktsuche bei dem sonst völlig kontaktverarmten Patienten aufgefaßt werden. Die vordringlichste Aufgabe besteht darin, ihn aus dieser Isolierung zu lösen, auch wenn er selbst äußert, kein Bedürfnis nach Kontakt zu haben.

Die Patientin (Nr. 3) ist auf Grund ihres Schwachsinns sicher schwerer zu beeinflussen, ihr Fehlverhalten einzusehen. Der gute Kontakt, den sie zu einer bestimmten Schwester hat, bietet vielleicht Ansatzpunkte in dieser Richtung.

4.4.3. Rehabilitationsmaßnahmen für chronisch psychisch Kranke

Es hat sich gezeigt, daß von insgesamt 181 psychisch Kranken des PLK Heppenheim, die in dem Landkreis Bergstraße beheimatet waren, 39 zu den chronisch Kranken im Alter von 18 - 60 Jahren gehörten. 25 Patienten sind schizophren erkrankt. Eine Patientin (Nr. 23), die an einer neurologischen Erkrankung leidet, wurde in diese Gruppe einbezogen, da sie im Hinblick auf die Rehabilitation ähnliche Probleme bietet.

Von diesen 26 Patienten waren 2 zum Zeitpunkt der Untersuchung zur Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung vorgesehen. Auf den ersten Blick erscheint der Anteil gering. Es ist jedoch zu bemer-

ken, daß das PLK Heppenheim eng mit dem Heim Schütz in Asbach, einer Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke zusammenarbeitet und somit alle in Frage kommenden Patienten ohne lange Wartefristen dorthin verlegt werden können und daher nur 2 Patienten in dem Zeitraum der Untersuchung zur Verlegung anstanden. Auf diese Weise wird die Anzahl dieser Kranken im PLK niedrig gehalten.
Diese Rehabilitationseinrichtung bietet eine Fülle von Arbeitserprobungsmöglichkeiten bei verschiedenen, im Ort ansässigen Firmen. Ferner erlaubt es das Leben in Wohngemeinschaften und die Gestaltung gemeinsamer Freizeitbeschäftigungen.

Bei positiven Ergebnissen dieses Aufenthaltes besteht auch die Möglichkeit der Übersiedlung in ein Wohnheim in Ober-Ramstadt. Dort wird dem Patienten ein größeres Maß an Selbständigkeit abverlangt, und ihm wird ein festes Anstellungsverhältnis vermittelt. Eine ausführliche Darstellung des Heim Schütz in Asbach und der dort eingeschlagenen Therapie veröffentlichte Luxemburger (1970, 1974).

Drei von 27 Patienten wurden zur Entlassung nach Hause vorgeschlagen. Sie gehören zu den Kranken mit hoher Wiederaufnahmefrequenz, sogenannten "Drehtürpatienten". Ihre Entlassung ist hauptsächlich auf das Vorhandensein von kooperativen Angehörigen zurückzuführen. Die baldige Entlassung und die Existenz von Angehörigen dürfen jedoch uns nicht vergessen lassen, daß auch diese Kranken rehabilitativer Maßnahmen bedürfen, um eine baldige Krankenhauswiedereinweisung zu verhindern. Die Nachbetreuung dieser Patienten ist mehr oder weniger ihrer eigenen Initiative überlassen. Sie entscheiden, ob sie einen weiterbehandelnden Arzt aufsuchen.

Das Leben in der Alltagsumgebung wird für diese Patienten leicht zu einer Überforderung, die erneute Hospitalisierung zur Folge haben kann. Um diesen Kreis vor Entlassung, Überforderung und Wiedereinweisung zu durchbrechen, sollte man an eine nachgehende Fürsorge denken,wie sie Eicke (1965) in Hinblick auf die Langzeittherapie Schizophrener beschreibt.Zum anderen kämen extramurale Rehabilitationseinrichtungen, wie z. B. eine Tagesklinik in Frage, denn alle drei Patienten stehen nicht mehr im Erwerbsleben. Diese Einrichtungen (nachgehende Fürsorge,Tagesklinik) sind jedoch im Einzugsgebiet des PLK Heppenheim nicht vorhanden,und deren Realisierung ist durch die Größe des Einzugsgebietes erschwert.Die Art Tagesklinik, wie sie z. B. Masson(1975)beschreibt,müßte den örtlichen Gegebenheiten angepaßt werden. Ein Schritt in Richtung Tages- oder Nachtklinik wäre der Gastpatientenstatus, für die in Heppenheim oder in näheren Gemeinden ansässigen Kranken. Eicke (1973) berichtet über die günstige Einwirkung dieser Einrichtung auf die Behandlung chronisch Schizophrener.

Die weitaus größte Gruppe der untersuchten Patienten ist wegen stark beeinträchtigender Krankheitssymptome für eine extramurale Rehabilitation nicht geeignet. Wing (1961) rechnet jene Krankheitssymptome den "primären Behinderungen" zu, die durch aktive therapeutische Zuwendung auch nach langjährigem Krankheitsverlauf gebessert werden können. Diese "aktive therapeutische Zuwendung" beinhaltet eine auf den Zustand des Patienten abgestimmte Medikation. Die Arbeitstherapie ist ebenfalls von großer Bedeutung, denn in gerade dieser Gruppe ist die Anzahl von Patienten mit schlechten Leistungen und solchen, die diese Therapie überhaupt ablehnen, besonders groß. Die Hinführung zu dieser Therapieform könnte über die Einzelbehandlung der Kranken durch den Ergotherapeuten geschehen.

Es wäre vielleicht notwendig, ganz allgemein auf den Krankheitsstationen Arbeitsmöglichkeiten zu schaffen. Von nicht zu unterschätzender Wichtigkeit ist die Schulung des Pflegepersonals, in diesen Patienten keine "aussichtslosen Fälle" zu sehen, die nur noch der Pflege bedürfen, sondern sie jeden Tag aufs Neue zu größtmöglicher Selbständigkeit anzuhalten.

Bei einem weiteren Teil der Patienten sind es nicht "primäre" Behinderungen, die eine Rehabilitation erschweren, sondern "sekundäre". Darunter subsumiert Wing (1961) die Folgen von ungünstigen intra- und extramuralen Umständen. Die 5 Patienten, die wegen starker Fixierung an das Krankenhaus eine Rehabilitation ablehnen, sind zu dieser Gruppe zu zählen. Bei ihnen sind soziotherapeutische Maßnahmen innerhalb des Krankenhauses angezeigt, die ein Trainieren lange nicht geübter Tätigkeiten ermöglichen, sowie eine Umgebung, die ein schrittweises Üben von Selbständigkeit begünstigt, wie z.B. eine Station, die für die besonderen Bedürfnisse dieser Patienten eingerichtet ist. Eine solche Station ist bereits im PLK Heppenheim eingerichtet worden, mit dem Ziel, eine Vorbereitung für die extramurale Rehabilitation anzubieten.

Die zu der letzten Gruppe zusammengefaßten 2 Patienten, die auf Grund ihres Fehlverhaltens für eine Rehabilitation nicht geeignet sind, bedürfen der aktiven therapeutischen Zuwendung, die zuerst einmal die Isolierung in der diese Kranken leben durchbrechen muß.

Wie wichtig die Rehabilitationsbemühungen im Krankenhaus selbst sind, wird ersichtlich aus der Tatsache, daß von 26 chronischen Schizophrenen nur 5 dieses bald verlassen können. Doch auch diese 5 Patienten kommen nicht ohne weitere Therapie aus. Die Rehabilitationskette muß im Krankenhaus beginnen, über halbstationäre Einrichtungen sowie Übergangsheime zu Wohneinheiten oder Wohngemeinschaften führen und somit ein breites Angebot für jeden Grad von Behinderung anbieten. Im weiteren muß die Rehabilitationskette den Gegebenheiten des Einzugsgebietes angepaßt sein. Ebenfalls notwendig ist eine genaue Bedarfsanalyse für Übergangseinrichtungen. So zeigte es sich bei den heimuntergebrachten schizophren Erkrankten im Alter von 18 - 60 Jahren, daß über ein Drittel (siehe Tabelle 2) in privaten Altersheimen untergebracht waren. So wichtig diese Einrichtungen für Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen sind, so sind Altersheime üblicher Prägung doch keineswegs auf die Bedürfnisse Schizophrener zugeschnitten. Rehabilitationsmaßnahmen finden sicher nicht im Altersheim alter Form statt.

In dieser Arbeit wurde versucht, für chronisch schizophren Erkrankte eine Rehabilitationsprognose zu stellen. Sie wurden in verschiedene Gruppen eingeordnet, für die, als Gruppe, entsprechende Rehabilitationsmaßnahmen vorgeschlagen wurden. Trotz vieler Gemeinsamkeiten, die sich für die Patienten der einzelnen Gruppen herausstellten, sollte man jedoch nie vergessen, daß jeder Patient das Resultat eines ganz spezifischen Schicksals ist. Jegliche Art von Therapie muß somit auf die Besonderheiten des einzelnen Patienten eingehen. Auch die Grenzen der Rehabilitation sind bei jedem Patienten verschie-

den anzusetzen. Diese Betrachtungsweise verhindert eine Rehabilitation um jeden Preis, deren Folge sich nur nachteilig für den Kranken auswirken kann. Auch Uchtenhagen (1973) betont: "Das Ziel der Rehabilitation ist für jeden Schizophrenen, den ihm angemessenen Platz zu finden, auf dem er sich behaupten kann, ohne sich durch sein Verhalten zu schädigen oder durch seine Umwelt zur Flucht in die Krankheit, oder zu einer anderen Form des Rückzugs provoziert wird."

5. ZUSAMMENFASSUNG

Es wurden 252 psychisch Kranke erfaßt, die im Landkreis Bergstraße ansässig waren und in den verschiedenen PLKs in Hessen sowie in 79 Heimen untergebracht waren.

An den 39 chronisch psychisch Kranken des Kreises Bergstraße, die im PLK Heppenheim hospitalisiert waren, wurde die Rehabilitationsprognose gestellt. Beim Vergleich der Patienten des PLK Heppenheim mit denen anderer Autoren hinsichtlich Vorgeschichte und Krankheitsverlauf ergaben sich keine wesentlichen Unterschiede. Für den Zweck wurden Krankengeschichten durchgesehen und die Patienten eingehend ärztlich untersucht. Weiter wurden Patienten und Pflegepersonal einer ausführlichen Befragung unterzogen. Unter den 39 Patienten waren 25 schizophren Erkrankte, 13 Patienten mit Oligophrenien oder anderen hirnorganischen Erkrankungen sowie eine Suchtkranke.

Von den Schizophrenen wurden drei für die Entlassung nach Hause und zwei zur Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung vorgeschlagen.

Die restlichen 20 schizophrenen Patienten hielten wir aus verschiedenen Gründen, die im einzelnen aufgeführt sind, für weiterhin stationär behandlungsbedürftig. Man muß dabei berücksichtigen, daß eine Reihe von Patienten schon sehr lange hospitalisiert war und neben Anstaltsartefakten auch organische Schäden aufwies. Von den 13 Oligophrenen und anders hirnorganisch Kranken konnten zwei zur Entlassung in ein Altersheim vorgeschlagen werden. Die restlichen 11 Patienten sowie die Suchtkranke bedurften einer weiteren stationären Behandlung.

Diese Arbeit unterscheidet sich in wesentlichen Punkten von dem Resultat, das Uchtenhagen (1973) in einer Studie, die für ähnliche Zwecke durchgeführt wurden war, veröffentlichte. Es muß jedoch betont werden, daß sich die Einzugsgebiete der Fachkrankenhäuser unterscheiden. In der vorliegenden Arbeit ist es ein vorwiegend ländliches und im Fall Uchtenhagen ein großstädtisches Einzugsgebiet. Da eine Rehabilitationsprognose abhängig ist von solchen Krankenhauseinrichtungen wie Tages- und Nachtklinik, Ambulanz etc. ist ein direkter Vergleich nicht möglich. Andrerseits wird im PLK Heppenheim durch die enge Zusammenarbeit mit dem Heim Schütz in Asbach, einer speziellen Rehabilitationseinrichtung, die potentielle Zahl der Kranken, die geeignet erscheinen für die Verlegung in eine extramurale Rehabilitationseinrichtung niedrig gehalten.

Anhang 1: Aufstellung der untersuchten Patienten des PLK Heppenheim nach der Reihenfolge der Untersuchung (April 1974 bis Januar 1975)

Nr.	Name	Geburtsjahr	Diagnose (laut Krankenblatt)
1.	R. Magdalena	1921	chronische Alkohol- und Tablettensucht
2.	E. Barbara	1925	frühkindlicher Hirnschaden, Propfschizophrenie
3.	E. Wilma	1930	Imbezillität, Propfschizophrenie
4.	M. Hermann	1938	paranoide Schizophrenie
5.	C. Michalko	1926	Schizophrenie
6.	N. Maria	1937	erheblicher Schwachsinn, Taubheit
7.	H. Hans-Georg	1928	cerebrale Krampfanfälle, Idiotie
8.	H. Joachim	1929	M. Little, Idiotie
9.	H. Heinrich	1929	paranoid-halluzinatorische Psychose
10.	G. Katharina	1926	Schizophrenie
11.	H. Maria	1938	Schizophrenie
12.	S. Margarete	1922	Schizophrenie
13.	K. Waltraud	1939	Hebephrenie
14.	S. Else	1928	Hebephrenie
15.	B. Gerhard	1940	Zustand nach Meningitis Imbezillität
16.	R. Anna	1914	paranoide Schizophrenie
17.	S. Veronika	1915	Schizophrenie
18.	C. Ingrid	1941	Psychose aus dem schizophrenen Fromenkreis
19.	J. Gertrude	1922	Schizophrenie
20.	K. Werner	1929	Schizophrenie
21.	F. Ludwig	1932	Hebephrenie
22.	P. Hans	1929	Lues connata, Imbezillität
23.	S. Elisabeth	1931	Torsionsdystonie
24.	G. Katharina	1914	Zustand nach Encephalitis
25.	C. Gisela	1948	Schizophrenie
26.	T. Gertrud	1936	Schizophrenie
27.	T. Eva-Maria	1937	paranoid-halluzinatorische Schizophrenie

Nr.	Name	Geburtsjahr	Diagnose (laut Krankenblatt)
28.	F. Waltraud[4]	1949	Zustand nach Meningitis, Taubheit
29.	P. Adolf	1941	Schizophrenie
30.	T. Gisela	1950	Hebephrenie
31.	S. Michael	1939	Schizophrenie
32.	M. Gerd	1953	Hebephrenie
33.	G. Hedwig	1923	Genuine Epilepsie
34.	F. Josef	1939	M. Sturge-Weber, Debilität
35.	W. Dorothea	1934	paranoide Psychose
36.	K. Felix	1927	Schizophrenie
37.	H. Horst	1942	Petit-mal Epilepsie
38.	S. Reinhold	1951	Eretischer Schwachsinn
39.	K. Marie	1921	Zustand nach frühkindlicher Meningo-Encephalitis

Anhang 2: Fragebogen

I. Teil I umfaßt die Daten, die anhand der Krankengeschichte ermittelt werden konnten und berücksichtigt folgende Punkte:

I.1. Familie

I.1.1. erbliche Belastung

I.1.2. wo aufgewachsen bis zum Abschluß der Schulbildung

I.1.3. spezielle Bindung an Vater oder Mutter

I.1.4. Rolle innerhalb der Geschwisterreihe

I.1.5. Beruf des Vaters

I.1.6. Beruf der Mutter

I.1.7. eheliche Situation der Eltern

I.2. Bildung

I.2.1. Schulbildung

I.2.2. Berufsausbildung

I.2.3. Berufsausübung

I.2.4. Weiterbildung

I.2.5. Berufswechsel

I.3. Lebenssituation vor der Erkrankung

I.3.1. Familienstand

I.3.2. Kinder

I.3.3. Freundschaften

I.3.4. Freizeitinteressen

I.3.5. Geschlechtsleben

I.3.6. Genuß- und Suchtmittel

I.3.7. Vorstrafen

I.3.8. Leben in Eigenverantwortung

I.3.9. Körperliche Krankheiten oder Behinderung

I.4. Hospitalisierung und Rehabilitationsversuche, Entlassungen

I.5. Jetzige Rechtssituation (Vorliegen einer Pflegeschaft oder Vormundschafts-Rente)

II. Situation des Patienten im Krankenhaus, Beurteilung durch Pflegepersonal und behandelnde Ärzte

II.1. Kontakte zur Außenwelt

II.2. Kontakte zum Pflegepersonal

II.3. Kontakte zu Mitpatienten

II.4. Verhaltensstörungen

II.5. Leistungen in Arbeitstherapie

III. Wie sieht der Patient sich und seine Situation?

III.1. Lebenssituation vor der Hospitalisierung

III.1.1. Kindheit

III.1.2. Bindung an Vater oder Mutter

III.1.3. Beziehung zu Geschwistern

III.1.4. eheliche Situation der Eltern

III.1.5. Schule

III.1.6. Beruf

III.1.7. Freundschaften

III.1.8. sexuelle Beziehungen

III.1.9. eheliche Bindung und Beziehung zu den Kindern

III.1.10. Freizeitinteressen

III.2. Jetzige Situation im Krankenhaus

III.2.1. Beurteilung der Krankheit

III.2.2. Beurteilung der Arbeitsfähigkeit

III.2.3. Kontakte zum Pflegepersonal

III.2.4. Kontakte zu Mitpatienten

III.2.5. Kontakte zur Außenwelt

III.2.6. Interesse an Freizeitaktivitäten

III.2.7. Wunsch auf Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung (Heim Schütz in Asbach) oder Entlassung

IV. Urteil über den Zustand des untersuchten Patienten und Rehabilitationsprognose

Anhang 3: Therapiebogen
Beurteilung der Leistungen in der Arbeitstherapie

NAME ..... WERKRAUM/BEI .....
GEB. ..... SCHWIERIGKEIT/AUSGANGSWERT .....
BERUF ..... KONTO NR. .....
STATION ..... BESONDERES BEACHTEN .....
.....

BEURTEILUNG, für MONAT: .....

		1.	2.	3.	4.	5. Woche
Selbständigkeit:	+					
	0					
	-					
Genauigkeit:	+					
	0					
	-					
Schnelligkeit:	+					
	0					
	-					
Ausdauer:	+					
	0					
	-					
Pünktlichkeit:	+					
	0					
	-					

Summe +
Summe -
Rest
Betrag
Abzüge Fehlzeiten
Auszuzahlen

Gesamtsumme für den Monat DM .....

Anwesenheit:	1.		2.		3.		4.		5.	Woche
	vm.	nm.	vm.	nm.	vm.	nm.	vm.	nm.	vm.	nm.
Mo.										
Di.										
Mi.										
Do.										
Fr.										
Fehlzeiten zus.										

ZUSATZ - BEURTEILUNG

		1.	2.	3.	4.	5. Woche
Einsatzbereitschaft	+					
	0					
	-					
Fähigkeit, Kritik anzunehmen:	+					
	0					
	-					
Auffassungsvermögen:	+					
	0					
	-					
Umstellungsfähigkeit:	+					
	0					
	-					
Kontaktbereitschaft:	+					
	0					
	-					
Fähigkeit in der Gruppe zu arbeiten:	+					
	0					
	-					
Gesamt + :						
Gruppenarbeit:						
Einzelarbeit:						

Besondere Auffälligkeiten: ist aufdringlich ( ), distanzlos ( ),
läßt andere nicht in Ruhe ( ),
spricht viel vor sich hin ( ) ,
beklagt sich ständig ( ) ,
ist äußerlich ungepflegt ( ).

Anhang 4: Arbeitstherapeutisches Angebot im PLK Heppenheim

Tätigkeiten im Therapiegebäude		Schwierigkeitsgrad
Kartonage:	ausbrechen und falten von Kartons	1
	Transport	1 - 2
	heften an Maschinen	3
	packen	4
Buchbinderei:	Schreibmaschinenarbeiten	2 - 3
	Buchbindearbeiten (Hilfeleistung)	1 - 2
	selbständige Buchbindearbeiten	4
	Bilder rahmen	3
Arbeitstherapie:	einfache Stege stecken	1
	schwierige Stege stecken	2
	Schokoladeneier einsetzen	1
	Bügel beziehen	2
	Verpackungsarbeiten	3
	Blister zumachen	2
	Kleiderbügel kleben	3
	Kleiderbügelhaken sortieren	2
	" " " end-sortieren	3
	Wäscheklammern vorsortieren	2
	" " " endsortieren	2

Tätigkeiten außerhalb des Therapiegebäudes		
Stationsarbeiten:	Küchenhilfe	1 - 2
	Putzhilfe	1 - 2
	Stationsarbeiten selbständig	3
	Küche allein	3
	Putzmaschine selbständig	4
Nähstube:	handnähen	1 - 3
	stricken	1 - 2
	bügeln	3
Verwaltung:	Büroarbeiten selbständig	4
	Baubürohilfe	2 - 3

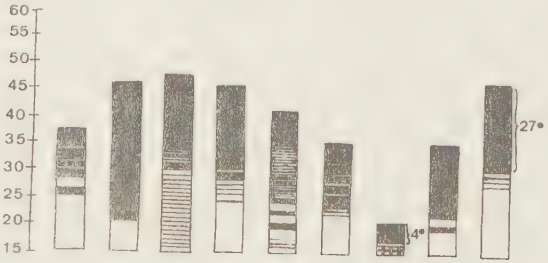
Werkstätten: Folgende Werkstätten beschäftigen Patienten im Rahmen der Arbeitstherapie: Schreinerei, Schlosserei, Gärtnerei, Polsterwerkstätte, Zentralküche. Der Einsatz der Patienten ist sehr unterschiedlich, eine generelle Einstufung ist nicht möglich.

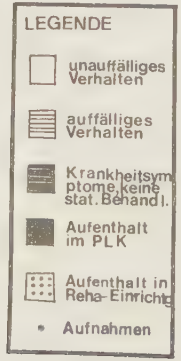
ANHANG 5: GRAPHISCHE DARSTELLUNG

5a: STATIONÄRE BEHANDLUNG DER UNTERSUCHTEN SCHIZOPHRENEN MÄNNER

PATIENT NR. (s. Anhang 1)	4	5	9	20	21	29	31	32	36
AUFNAHMEN INSGESAMT	6	1	1	2	4	5	7	2	27
LETZTE STAT. BEHANDLUNG (Dauer in Jahren)	5	25	15	16	5	3	1/6	13	1/4

LEBENSALTER (in Jahren)





EINWEISUNGSGRÜNDE

- Sozialeisolation
- Androhen von Gewalt
- Verwahrlosung
- Tätlichkeiten
- Suicidversuche
- Kriminelle Delikte

KRANKHEITSSYMPTOME

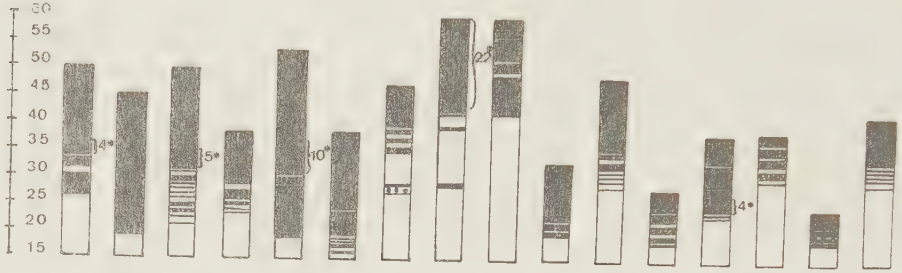
- Formale Denkstörungen
- Wahnideen
- Optische Halluzinationen
- Akustische " "
- Abnorme Körpersensationen
- Realitätsstörungen
- Kontakt " "
- Antriebs " "
- Stimmungsschwankungen
- Abnorme Reizbarkeit
- Zwanghafte Symptome
- Schwere Erregungszustände
- Katatone Symptome
- Mutismus
- Neurolog. " "

ANHANG 5: GRAPHISCHE DARSTELLUNG

5b: STATIONÄRE BEHANDLUNG DER UNTERSUCHTEN SCHIZOPHRENEN FRAUEN (Legende s. Anhang 5a)

PATIENT NR. (s. Anhang 1)	2	3	10	11	12	13	14	16	17	18	19	25	26	27	30	35
AUFNAHMEN INSGESAMT	7	1	9	4	13	4	5	24	9	3	2	6	6	4	4	9
LETZTE STAT. BEHANDLUNG (Dauer in Jahren)	13	26	15	10	14	13	7	½	⅔	10	12	2	5	1	2	1

LEBENSALTER (in Jahren)



EINWEISUNGSGRÜNDE

Sozialelsolation
Androhen von Gewalt
Verwahrlosung
Tätlichkeiten
Suicidversuche
Kriminelle Delikte

KRANKHEITSSYMPTOME

Formale Denkstörungen
Wahnideen
Optische Halluzinationen
Akustische « « «
Abnorme Körpersensationen
Realitätsstörungen
Kontakt « « «
Antriebs « « «
Stimmungsschwankungen
Abnorme Reizbarkeit
Zwanghafte Symptome
Schwere Erregungszustände
Katatone Symptome
Mutismus
Neurologische « « «

LITERATURVERZEICHNIS

Bleuler, M.: Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Stuttgart, Thieme Verlag 1972.

Degkwitz, R., R. Hampel, P.W. Schulte, C.H. Wessels und J. Zlatnikova: Katamnesen langfristig entlassener schizophrener Kranker im Vergleich zu langfristig hospitalisierten Fällen - Krankheitsverlauf und soziale Stellung. In: Verlauf und Ausgang schizophrener Erkrankungen. In: G. Huber. Schattauer Verlag, Stuttgart 1973.

Degkwitz, R. und P.W. Schulte: Einige Zahlen zur Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik. Bisherige Entwicklung - status quo - Vorschläge zur Verbesserung. Nervenarzt 42: 169 - 180 (1971).

Eicke, W.-J.: Langzeittherapie schizophrener Psychosen. In: Probleme der phamako-psychiatrischen Kombinations- und Langzeitbehandlung. 1. Rothenburger Gespräch 1965, pp 131-137 (Karger, Basel/New York 1966).

Eicke, W.-J.: Erfahrungen über den Verlauf und Ausgang bei schizophrenen Kranken. In: Verlauf und Ausgang schizophrener Erkrankungen. Hrsg.: G. Huber. Schattauer Verlag, Stuttgart 1973.

Eicke, W.-J.: Erfahrung mit sogenannten Gast-Patienten; eine besondere Form der nachklinischen Betreuung. Nervenarzt 44: 327-328 (1973).

Gross, G., G. Huber und R. Schüttler: Verlaufsuntersuchungen bei Schizophrenen. In: Verlauf und Ausgang schizophrener Erkrankungen. Hrsg.: G. Huber. Schattauer Verlag, Stuttgart 1973.

Kauert, S.: Inaug.-Diss. Göttingen (1966).

Hartmann, W.: Statistische Untersuchungen an langjährigen Schizophrenen. Nervenarzt 42: 292-299 (1971).

Lange, M.: Statistische Erhebungen über langjährig behandelte Schizophrenie-Kranke. Inaug.-Diss. Göttingen (1965).

Luxemburger, O.: Erfahrungen bei der Heimbetreuung chronisch seelisch Kranker. Nervenarzt 41: 594-599 (1970).

Masson, D.: Le traitement dans un centre psychiatrique de jour (Hôpital de jour). Schweiz. Arch. Neurol. Psychiatr. 117: 299-308 (1975).

Mayer, J.E. und W. Hartmann: Statistische Untersuchung an langjährig hospitalisierten Schizophrenen. In: Problematik, Therapie und Rehabilitation der chronischen endogenen Psychosen. Hrsg.: F. Panse. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1967.

Mohs, U.: Statistische Untersuchungen an langjährig hospitalisierten Schizophrenen. Nervenarzt 37: 34-37 (1966).

Schüttler, R., G. Gross und G. Huber: Die Bedeutung sozialer Faktoren für den Verlauf schizophrener Erkrankungen. In: Verlauf und Ausgang schizophrener Erkrankungen. Hrsg.: G. Huber, Schattauer Verlag, Stuttgart 1973.

Schulte, P.W.: Einige Ergebnisse der Basisdokumentation der psychiatrischen Landeskrankenhäuser in Baden-Württemberg. Vortrag vor dem Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit des Deutschen Bundestages, Sachverständigenanhörung. 8.10.1970 Bonn, Bundeshaus.

Uchtenhagen, A.: Probleme der Rehabilitation bei chronischen schizophrenen Psychosen. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiatr. 112: 95-102 (1973).

Wing, J.K.: A simple and reliable subclassification of chronic schizophrenia. J. ment. Sci. 107: 862-875 (1961).

Lebenslauf

Am 7. September 1943 wurde ich als einziges Kind des Dr. Karl Gaede und seiner Ehefrau Toni in Glückstadt, Schleswig-Holstein, geboren.

Von 1950 bis 1954 besuchte ich die Volksschule in Hamburg-Blankenese. 1954 bis 1957 war ich Schülerin der Mädchenoberschule an der Curschmannstraße in Hamburg. Nach der Übersiedlung nach Venezuela besuchte ich von 1957 bis 1962 das Colegio Humboldt in Caracas und erhielt dort das Bachillerato (venezolanisches Reifezeugnis). 1963 legte ich in München die Ergänzungsprüfung für Inhaber ausländischer Reifezeugnisse ab. Nach einem Semester Studium an der Naturwissenschaftlichen Fakultät in München begann ich im Herbst 1963 das Medizinstudium an der Ruprecht-Karl-Universität in Heidelberg. Dort legte ich am 17. 7. 1964 die naturwissenschaftliche Vorprüfung und am 16. 4. 1966 die ärztliche Vorprüfung ab. Am 2. 7. 1969 schloß ich mein Studium mit dem Staatsexamen ab.

Nach Beendigung der Medizinalassistentenzeit in Heidelberg und Mannheim erhielt ich am 21. 6. 1972 die Approbation als Arzt.

Von Februar 1974 bis Juli 1975 war ich als Assistenzärztin im Psychiatrischen Landeskrankenhaus Heppenheim tätig, dort führte ich die Erhebungen für die vorliegende Dissertation durch. Seit Mai 1977 arbeite ich als Assistenzärztin in Neurologischen Rehabilitationskrankenhaus für hirntraumatisch geschädigte Kinder und Jugendliche in Gailingen.

Seit 1964 bin ich mit Dr. Peter Horn verheiratet, 1965 und 1970 wurden unsere Kinder Nikolaus und Katharina geboren.

Meine akademischen Lehrer waren die Herren Professoren und Dozenten:

Altmann, Bach, v. Baeyer, Becker, Bickel, Bönninghaus, Brauss, Cotta, Doerr, Duspiva, Eichler, Ferner, Franz, Gillmann, Höbel, Hoepke, Hofmann, Honegger, Jaeger, Jansen, Jusak, Kautner, Kommerell, Kutscher, Lau, Lindner, Mayer, Munk, Paeslack, Plückthum, Plügger, Pfeifer, zu Putzlitz, Schäfer, Schettler, Schipperges, Schnyder, Schwab, Seeger, Tellenbach, Teller, Trautmann, Vogel, Vollmar, Wagener, Walch, Weber, Wittig, Zander.